

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PLANEJAMENTO E POLÍTICAS
GOVERNAMENTAIS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SELETIVIDADE ESTRUTURAL E A CONSTRUÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SANTA CATARINA
NO PERÍODO 1987 - 1990**

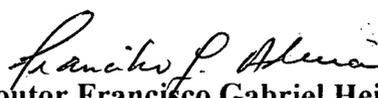
Flávio Ricardo Liberali Magajewski

Florianópolis, agosto de 1994.

**SELETIVIDADE ESTRUTURAL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO
DE
SAÚDE EM SANTA CATARINA NO PERÍODO 1987 - 1990.**

Flávio Ricardo Liberali Magajewski

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO (Área de concentração: Políticas e
Planejamento Governamental), e aprovada em sua forma final pelo Curso de Pós-
Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.**


Professor Doutor Francisco Gabriel Heidemann
Coordenador do Curso

Apresentada à Comissão Examinadora integrada pelos professores:


Professor José Carlos Zanelli, Doutor
Orientador


Professor Erni José Seibel, Mestre
Membro


Professor Marco Aurélio Da Rós, Mestre
Membro

Em memória de meu pai, Casimiro, que nos deixou durante esta caminhada.

**Para Luíza, que chegou durante a caminhada
para ajudar a preencher muitas faltas,
constituindo-se em uma contribuição de cuja co-autoria muito me
orgulho.**

"Mestre é aquele que de repente aprende."

Guimarães Rosa.

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS	viii
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	ix
BREVE PERFIL DOS ENTREVISTADOS	xii
AGRADECIMENTOS	xv
RESUMO	xvi
ABSTRACT	xvii
1. INTRODUÇÃO	1
2. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	8
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1. O Estado.	15
3.2. Seletividade Estrutural.	22
3.3. Patrimonialismo.	28
3.4. Seguro social, seguridade social e cidadania.	32
3.5. A reforma sanitária e o SUS	34
4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	42

**5. CARACTERIZAÇÃO E DINÂMICA DOS ATORES SOCIAIS NO
ESPAÇO SETORIAL: UMA VISÃO PARTICULAR DO CONFLITO NA ÁREA
DA SAÚDE** **53**

**6. A IMPLANTAÇÃO DO SUS EM SANTA CATARINA: UMA
VERSÃO DA HISTÓRIA** **71**

6.1. A posse e os propósitos de governo vistos através do discurso público. 72

6.2. Crise na condução do SUDS em Santa Catarina. 81

6.3. Um parêntesis: a municipalização da saúde em Santa Catarina. 87

6.4. A reforma sanitária em seu segundo ato - a demissão da cúpula do movimento
sanitário no governo federal. 94

7. A REFORMA ADMINISTRATIVA SETORIAL **116**

7.1. Uma história esclarecedora dentro da história da implantação do SUS em Santa
Catarina. 116

7.2. Estrutura administrativa e conflito setorial. 121

**8. ALGUNS TÓPICOS PARA DISCUSSÃO: REFORMA
ADMINISTRATIVA, MUNICIPALIZAÇÃO E PROPÓSITOS DE GOVERNO.** **126**

8.1. Municipalização e Estado Mínimo. 127

8.2. Análise da municipalização catarinense a partir da Programação e
Orçamentação Integrada - POI. 131

8.3. Municipalização opaca, Estado transparente: práticas seletivas no
encaminhamento do SUDS. 135

8.4. A reforma administrativa que não houve: os propósitos reais de um "governo de
mudança". 136

8.5. Estrutura setorial, seletividade e propósitos de governo. 140

8.6. Seletividade e restrição do recorte setorial: o caso do Projeto KFW -
Saneamento. 143

9. O FINANCIAMENTO: BASE MATERIAL DO SUS EM SANTA CATARINA	146
9.1. Recursos AIS: solução catarinense para o financiamento setorial.	146
9.2. Uma visão geral da área da saúde a partir do financiamento setorial no Brasil.	150
9.3. Perfil do financiamento do setor saúde assumido pelo estado de Santa Catarina.	152
10. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PATRIMONIALISMO	157
10.1. Administração pública de cunho familiar em Santa Catarina.	158
10.2. Patrimonialismo X controle social	169
10.3. Ideologia e prática setorial: o espaço público subordinado aos interesses particulares.	171
10.4. " <i>Modus operandi</i> " setorial e convivência do Estado: a sociedade à sua própria sorte.	177
11. SELETIVIDADE DE PROCESSO	183
11.1. O uso discricionário da lei na prática setorial.	185
12. HEGEMONIZAÇÃO DO DISCURSO NEOLIBERAL E SUAS REPERCUSSÕES NO SETOR SAÚDE: SELETIVIDADE IDEOLÓGICA	191
12.1. "Co-gestão": a reforma sanitária catarinense.	192
12.2. Hegemonia do discurso liberal: a universalização excludente.	194
12.3. Perfil do projeto neoliberal: o antecedente dos cuidados primários de saúde.	200
12.4. O sistema de saúde hegemônico.	202
12.5. A sombra do fracasso: um processo termina antes do fim ?	205
13. CONSIDERAÇÕES FINAIS	211
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	226
ANEXO 1. TABELAS	232

GRÁFICOS E TABELAS

<u>Tabela 1. Contexto político, características do sistema previdenciário e função político-ideológica desempenhada. Brasil, 1930-1990.</u>	21
<u>Tabela 2. Formas de municipalização de Saúde no Brasil.</u>	127
<u>Tabela 3. Avaliação da implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em Santa Catarina, 1988.</u>	133
<u>Gráfico 4. O Postulado de Coerência de Mario Testa.</u>	138
<u>Tabela 5. Gasto Federal total com Atenção à Saúde. Brasil. 1980 - 1989</u>	151
<u>Tabela 6. Transferências Federais a Estados e Municípios para custeio e investimento da Rede Ambulatorial. Brasil.1987 - 1991</u>	152
<u>Tabela 7. Participação e priorização do setor saúde em SC: orçamento aprovado e despesa realizada. 1987-1990.</u>	233
<u>Tabela 8. Comparativo da despesa autorizada com a realizada. SES-SC. 1987-1990.</u>	234
<u>Tabela 9. Perfil das despesas por fonte de receita. SES-SC. 1987-1990.</u>	235
<u>Tabela 10. Detalhamento das despesas. SES-SC. 1987-1990.</u>	236
<u>Tabela 11. Evolução da participação do estado e da União nos gastos da SES-SC. 1983-1990.</u>	237
<u>Tabela 12. Participação das fontes de receita nas despesas da SES-SC. 1987-1990.</u>	238

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ABIFARMA	Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ACASEPS	Associação Catarinense dos Servidores da Previdência Social
ACM	Associação Catarinense de Medicina
AHESC	Associação dos Hospitais do Estado de Santa Catarina
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
ARENA	Ação Renovadora Nacional
ASSESC	Associação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CARS	Centro Administrativo Regional de Saúde
CASAN	Companhia Catarinense de Águas e Saneamento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CELESC	Companhia de Eletricidade do Estado de Santa Catarina
CEME	Central de Medicamentos
CGT	Central Geral dos Trabalhadores
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIP	Conselho Interministerial de Preços
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAE	Departamento Autônomo de Edificações
DSP	Departamento Autônomo de Saúde Pública

ELETROSUL	Centrais Elétricas do Sul do Brasil
FAE	Fundação de Assistência ao Estudante
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FHSC	Fundação Hospitalar de Santa Catarina
FMI	Fundo Monetário Internacional
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
GT	Grupo de Trabalho
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPESC	Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina
KFW	Kreditanstalt Für Wiederaufbau
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NEBs	Núcleos Eclesiais de Base
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAIS	Programa das Ações Integradas de Saúde
PAM	Postos de Assistência Médica
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PDC	Partido Democrático Cristão
PDS	Partido Democrático Social
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PFL	Partido da Frente Liberal
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Partido Liberal
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
POI	Programação e Orçamentação Integrada
PPA	Plano de Pronta Ação
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PRN	Partido da Renovação Nacional
PSDB	Partido da Social-Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
REME	Movimento de Renovação Médica
SAMHPS	Sistema de Administração de Contas Médico- Hospitalares da Previdência Social
SEPLAN	Secretaria Estadual de Planejamento
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SIMESC	Sindicato dos Médicos de Santa Catarina
SIMPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUCAN	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSP	Secretaria de Urbanismo e Serviços Públicos de Florianópolis
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União
UF	Unidade da Federação
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO	Comissão das Nações Unidas para a Educação
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMED	Cooperativa de Trabalho Médico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

BREVE PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Tendo em vista contribuir para o mais fácil reconhecimento do perfil profissional, posição institucional e outras informações que auxiliem o leitor a situar na estrutura administrativa e no período de interesse deste trabalho os ocupantes de funções selecionadas para entrevista durante o processo de coleta de dados da pesquisa realizada, as informações pertinentes ao currículo de cada entrevistado foram sintetizadas a seguir:

ABELARDO VIANNA FILHO, médico psiquiatra, ocupou a Direção Geral do Departamento Autônomo de Saúde Pública na gestão Walmor De Luca e Cláudio Bley do Nascimento. Em grande parte deste período acumulou também a função de Delegado Federal de Saúde/Superintendente da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública(SUCAM), autarquia ligada ao Ministério da Saúde. Oriundo de família de políticos radicada em Blumenau, sempre desempenhou funções técnicas e administrativas no Departamento Autônomo de Saúde Pública, militando politicamente no antigo Movimento Democrático Brasileiro.

BIAZE MANGER KNOLL, médico, ocupou a Coordenação de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde no início da gestão Martinho Herculano Ghizzo. Foi exonerado em decorrência do conflito entre o Secretário de Estado e seu Diretor Geral, Orasil Coelho Pina, com o qual era afinado política e pessoalmente. Posteriormente assumiu a Direção do Hospital Geral de Florianópolis, vinculado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, voltando à Coordenação de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde na gestão Walmor De Luca, ali permanecendo até o final do governo peemedebista, em março de 1991. Tinha militância estudantil e partidária no PMDB, tendo participado anteriormente de experiências de atenção primária de saúde junto à COOPERALFA - Águas de Chapecó e ao projeto de desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde no município de Criciúma.

CID GOMES, médico pneumologista, ocupou a Chefia do Escritório Regional de Cooperação Técnica e Controle do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (antiga Superintendência já adequada ao processo de transferência de atribuições aos estados e municípios definida pelo Convênio SUDS) durante o ano de 1989. Em 1990 ocupou a Diretoria de Serviços Básicos de Saúde do Departamento Autônomo de Saúde Pública na gestão Cláudio Bley do Nascimento na Secretaria de Estado da Saúde. Sua vida profissional sempre se dividiu entre funções

técnico-burocráticas no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e no Departamento Autônomo de Saúde Pública.

CLAIR CASTILHOS COELHO, farmacêutica sanitaria, ocupou a Direção Geral do Departamento Autônomo de Saúde Pública desde o início do Governo Pedro Ivo até desincompatibilizar-se para concorrer à reeleição à Câmara Municipal de Florianópolis (meados de 1988), no que teve sucesso. Clair militou no Movimento Democrático Brasileiro, constituindo-se em liderança do Movimento Estadual de Mulheres. Tinha atuação profissional na Universidade Federal de Santa Catarina e no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

EDSON MACARI, farmacêutico sanitaria, ocupou a Direção do Laboratório Industrial Farmacêutico no início da gestão Martinho Ghizzo, substituindo Biaze Manger Knoll na Coordenação de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde no final de 1987 até o início de 1989. Em 1989 e 1990 assumiu a Diretoria de Vigilância Sanitária do Departamento Autônomo de Saúde Pública, área na qual já vinha atuando profissionalmente no serviço público estadual.

JOÃO BATISTA BONASSIS, médico pneumologista, ocupou no início do governo Pedro Ivo Campos a função de Superintendente Adjunto para Assuntos Técnicos da Fundação Hospitalar de Santa Catarina no período em que Martinho Herculano Ghizzo ocupou a Secretaria de Estado da Saúde, tendo se exonerado no final de 1988 juntamente com o Superintendente da Fundação, Aurélio Rótolo Araújo. Tinha desempenhado anteriormente funções administrativas e acadêmicas no Hospital Universitário e no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

MÁRCIO VIEIRA ÂNGELO, médico, foi Chefe do Serviço de Medicina Social da Superintendência Regional do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (1987) na gestão de Ricardo Baratieri à frente da Superintendência Regional, substituindo-o quando da sua desincompatibilização para candidatura a cargo público (1988). Ocupou também a chefia de gabinete e assessoria especial do Secretário Walmor de Luca na Secretaria de Estado da Saúde em 1989. Militou no PMDB na região de Itajaí, onde finalizou o período estudado como Secretário Municipal da Saúde.

MARIA TEREZA LOCKS, enfermeira, ocupou a função de Diretora de Planejamento da Superintendência Regional do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social durante o período Ricardo Baratieri e Márcio Vieira Ângelo à frente da Superintendência Regional do INAMPS (1987-1988). Posteriormente foi também Superintendente Adjunto para Assuntos Técnicos da Fundação Hospitalar de Santa Catarina na gestão Walmor De Luca (1989).

MARILENE MOON, médica pediatra, ocupou a função de Superintendente Adjunto para Assuntos Técnicos da Fundação Hospitalar de Santa Catarina na gestão Cláudio Bley do Nascimento na Secretaria Estadual de Saúde. Até então vinha desempenhando atividades profissionais em nível assistencial.

MARTINHO HERCULANO GHIZZO, médico, ocupou a função de Secretário de Estado da Saúde desde o início do Governo Pedro Ivo até o início de 1989. Oriundo de uma família de políticos radicados no vale do Araranguá, tinha exercido dois mandatos como deputado pela Ação Renovadora Nacional (ARENA), ingressando no PMDB em 1982, tornando-se amigo pessoal do Governador Pedro Ivo Campos. Nas eleições em 1986, ficou com a terceira suplência do partido. Após deixar a Secretaria da Saúde, ocupou vaga na Assembléia Legislativa pelo aproveitamento de deputados na nova composição do secretariado.

RICARDO BARATIERI, médico cirurgião, ocupava no início do período de interesse para a presente pesquisa a função de Superintendente Regional do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (1985 - meados de 1988). Afastado desta função para candidatar-se a vereador em Florianópolis pelo PMDB, elegeu-se, tendo ocupado ainda a Superintendência da Fundação Hospitalar de Santa Catarina enquanto Walmor De Luca ocupou a Secretaria de Estado da Saúde (início de 1989 - meados de 1990). Militou no movimento estudantil e no movimento associativo/sindical médico defendendo o ideário do Movimento de Renovação Médica (REME). Vinculava-se politicamente ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB).

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Angela e ao Alexandre, pela paciência que tiveram oferecendo carinho e apoio afetivo sem a correspondência merecida, aceitando enfim os sacrifícios decorrentes do presente esforço acadêmico.

Ao Professor Erni José Seibel, pela orientação permanente desde o início do curso e pelas sugestões aproveitadas e que não deixaram este trabalho cair na completa mediocridade.

Ao Professor José Carlos Zanelli, pelo apoio oferecido ao longo do processo de produção da presente dissertação e pela complacência com relação às limitações metodológicas da mesma, corrigidas em parte a partir das suas orientações.

Ao Professor Marco Da Ros, companheiro de caminhada, protagonista da história do movimento sanitário em Santa Catarina, e que contribuiu com idéias, críticas e estímulo permanente para a elaboração deste trabalho.

Aos chefes e colegas de trabalho que assumiram riscos para garantir horas livres songadas pela instituição para a conclusão desta pesquisa.

Ao Curso de Pós-Graduação em Administração, na pessoa do Professor Joel Souto Maior, que juntamente com os demais professores e funcionários, proporcionaram este momento pessoal de reflexão e aprendizado.

Aos colegas e amigos que anonimamente contribuíram com apoio, amizade, carinho, idéias, críticas e sugestões para que este período de convívio pudesse se tornar uma experiência inesquecível.

RESUMO

A pesquisa desenvolvida objetivou reconstituir a história da implementação do Sistema Único de Saúde - SUS em Santa Catarina no período 1987 -1990. O SUS, visto como parte da proposta de reforma sanitária defendida por amplos segmentos sociais, foi aqui entendido como política transformadora da realidade da área da saúde, propondo a incorporação pelo Estado da responsabilidade de prover o atendimento das necessidades de saúde de toda a população sem qualquer discriminação, incluindo a saúde na luta mais ampla pela conquista da cidadania social.

O trabalho aqui apresentado, desenvolvido em torno do resgate da evolução histórica das políticas de saúde no país, se fez a partir da identificação dos atores sociais-protagonistas da dinâmica histórica de interesse para a pesquisa, a entrevista com ocupantes de funções-chave no processo de implementação do SUS no estado e a pesquisa em documentação setorial de fontes variadas. O tratamento qualitativo das categorias analíticas selecionadas indicou os limites alcançados pelo projeto de transformação setorial representado pelo SUS, que, apesar de inscrito na Constituição Federal, cristalizou na realidade social a fragilização dos mecanismos de financiamento do sistema e do funcionamento da rede pública de serviços de saúde, propiciando a expansão das formas supletivas de cobertura de necessidades de saúde mediadas pelo mercado - "os seguros-saúde".

A atuação do estado no período analisado foi caracterizada como orientada por projetos de inspiração neoliberal, sendo pautada pela contradição em relação aos propósitos de governo assumidos no processo eleitoral. Esta conjuntura favoreceu o desenvolvimento da interpretação, por amplos segmentos sociais, de que a universalização proposta na lei não era inclusiva, mas excludente.

O processo político observado, dominado pela luta entre interesses privados e a proposta publicista do SUS tendo o Estado neste período assumido um papel central no desenvolvimento do mesmo, foi identificado como de "revolução passiva" ou "restauração progressista": a absorção de algumas bandeiras do movimento sanitário ao nível político-jurídico não alterou a lógica dominante de organização do espaço setorial.

ABSTRACT

This research aimed to rebuild the implementation history of the Unified Health System - "Sistema Único de Saúde - SUS", in Santa Catarina state over 1987 - 1990.

The SUS, viewed as part of the sanitary reform proposal claimed by a wide social segment, and here understood as the politics which transforms the health sector reality, proposes the state to assume the responsibility of providing health assistance to all people without discrimination. It includes the health in the more general struggle for conquering the social citizenship.

The rescue of the health politics history evolution in Brazil with the identification of the social actors - protagonists of this evolution, the interviews with the decision makers in the implementation process of the SUS in the state and the investigation on several other different sources enabled the selection of analytic categories which were treated in a qualitative way.

The results of this study showed the SUS limits: despite the SUS inclusion in the Brazilian Constitution, the social reality weakened the funding and management mechanisms of the public health system, giving room for the expansion of private health insurance packages.

Over the period analysed, the State showed a contradictory position in relation to its government proposals. This position favoured a social interpretation of the middle class that the universality of the SUS was not inclusive but excludent.

The political process observed, which consisted in a confrontation between private and public concerns, and in which the state performed a central role in the SUS development was identified as a "passive revolution" or a progressist restoration, that means the inclusion of some progressist proposals without the change of dominant way in which the health sector is organized.

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa ora apresentada é uma proposta de apreensão sistematizada de um determinado problema, a implantação de uma política de saúde de cunho nacional - o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja investigação privilegiou um momento histórico específico e um espaço geo-político-institucional bem definido: o período 1987/1990 no estado de Santa Catarina.

Inicialmente, é importante situar o problema enfrentado pela presente pesquisa como uma tentativa de aproximação do investigador com o processo de implementação de uma política pública. A relevância do estudo das políticas públicas tem sido reafirmada pela frequência com que se tem desenvolvido estes estudos na área das ciências sociais. O estudo da implementação das políticas governamentais pode tornar possível a explicitação das articulações concretas que se dão entre Estado e sociedade, podendo mesmo expressar em seu bojo as determinações que dão sentido à esta relação e que se colocariam de forma mais fragmentada em uma perspectiva reduzida à análise particular dos níveis econômico, político e ideológico da vida social. As políticas públicas e seus resultados podem constituir-se na expressão visível dos ganhos e das perdas das classes sociais em uma dada sociedade¹.

O espaço geo-político considerado na presente pesquisa, a esfera estadual, da mesma maneira, representou uma possibilidade privilegiada de avaliar, ao nível da implementação das ações governamentais, os diferentes interesses que interagiram no interior do Estado para determinar uma execução particular das diretrizes da política formulada pelo governo federal.

A apreensão do processo em estudo, adicionalmente, pode explicitar também os limites e perspectivas mais gerais da implementação de políticas de cunho nacional em cenários contemporâneos, cada vez mais dominados pela revalorização da autonomia administrativa municipal, do princípio federativo e das diretrizes de descentralização setorial formuladas pelo governo federal, no bojo do processo de redemocratização do país, desde meados dos anos 80.

Da mesma forma, o momento escolhido para o recorte temporal da presente pesquisa, o período 1987-1990, correspondeu a um momento político singular da vida política brasileira, no qual, entre outros fatores, os reflexos do Plano Cruzado

¹ OLIVEIRA, Valéria R. A política de assistência social no Brasil: evolução e perspectivas atuais. In: *Anais do XIIIº Encontro Anual da ANPAD*, 1989, Águas de São Pedro (SP), v. 3, p. 1382.

permitiram a eleição quase unânime para os governos estaduais de representantes de uma mesma e supostamente homogênea legenda político-partidária - o Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB, circunstância e suposição estas estrategicamente aproveitadas especialmente na área da saúde para a concretização institucional dos princípios da Reforma Sanitária e do projeto descentralizador ali embutido.

Isto posto, é interessante notar que o processo de construção das políticas setoriais na área da saúde em geral e do Sistema Único de Saúde no país em particular foi alvo de múltiplas abordagens e investigações a partir da década de 70, a maioria delas privilegiando, entretanto, em virtude do forte caráter nacional do processo de sua formulação, uma visão macrosocietária. Tais trabalhos sistematicamente sugeriram ainda uma homogeneidade que o próprio processo de transferência de recursos e atribuições aos estados e municípios já colocado acima gradativamente começou a contradizer.

Por este motivo, a análise realizada sobre a execução da política de saúde formulada pelo governo federal no espaço estadual, procurando esclarecer a dinâmica específica do processo neste espaço geo-político particular de implementação de políticas, naturalmente valorizou o caráter singular e contraditório das decisões político-administrativas identificadas no interior do aparelho de Estado. O processo pesquisado permitiu flagrar por um lado o conflito entre o pensar e o fazer imanente ao processo de formulação-execução da política focalizada, e por outro o espaço de contradição e de redefinição permanente da correlação de forças que percorre o interior do Estado em decorrência dos vários e contraditórios interesses ali instalados. A pesquisa desenvolvida procurou buscar, por conta deste encaminhamento, as determinações e condicionantes que produziram inflexões no eixo de implementação de uma mesma política pública em diferentes "loci" do Estado (Governo Federal - Governo Estadual) a partir da observação dos desdobramentos da mesma no recorte estadual catarinense.

O cenário político-institucional do setor saúde no estado de Santa Catarina apresentava, no início do período considerado, um arranjo organizacional que tinha na figura da Secretaria Estadual da Saúde a instituição responsável pelas funções de representação e condução da política setorial, incorporando para isso setores de planejamento, administração financeira e de fundos e assessoria jurídica entre outros, agregando ao mesmo tempo atividades tão díspares como a execução de toda a política estadual na área de medicamentos e a fiscalização de todos os estabelecimentos de saúde do estado no que dissesse respeito à sua área física. A Secretaria executava a política de saúde do estado através de um órgão vinculado, o Departamento Autônomo de Saúde Pública - DSP, e de uma entidade supervisionada,

a Fundação Hospitalar de Santa Catarina - FHSC. O DSP, autarquia com 50 anos de existência, possuía uma estrutura regionalizada com sete centros administrativos que davam suporte às atribuições do órgão na área da vigilância sanitária, epidemiológica e na execução de programas "verticais" de saúde pública, supervisionando uma rede de mais de trezentas unidades sanitárias em todos os municípios do estado. Para tal, a rede contava com a retaguarda de um laboratório central de saúde pública e de um laboratório industrial farmacêutico. A Fundação Hospitalar, por seu lado, era uma entidade juridicamente de direito privado, com relativa autonomia político-administrativa em virtude das receitas diretas que administrava, tendo atribuições na área da assistência médico-hospitalar. Possuía treze unidades hospitalares administradas diretamente, a maioria na região da grande Florianópolis, e sete transferidas sob contrato à administração privada. A Fundação Hospitalar representava, no espaço setorial, a instituição dominada pelo poder médico, sendo a estrutura na qual os interesses liberais e a conseqüente privatização do "locus" público mais se fazia notar. A Secretaria, em geral dominada por estes mesmos interesses, respondia executando uma política que historicamente beneficiava a área hospitalar em detrimento das ações de saúde pública desenvolvidas pelo DSP. A explicitação deste direcionamento político se expressava na partilha dos recursos públicos alocados para o setor, que canalizava mais de setenta por cento dos mesmos para a assistência terciária.

A política de saúde hegemônica no período, entretanto, era gestada e implementada em nível federal pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, no estado representado por uma Superintendência Regional que administrava um orçamento muitas vezes superior ao alocado para as ações sob controle do governo estadual. Estes recursos em sua maior parte ressarciam serviços prestados por uma grande rede de prestadores privados de serviços assistenciais médico-hospitalares e ambulatoriais, sendo complementados por alguns serviços próprios especialmente na área ambulatorial² e alguns contratos já orientados pela nova política do órgão a partir da posse dos dirigentes da "Nova República", que tentava reforçar a rede pública com uma proposta de integração interinstitucional e a sua expansão a partir de financiamento advindo do convênio das Ações Integradas de Saúde - AIS.

A investigação da natureza dos processos político-institucionais que se deram ao nível destas instituições neste cenário recém esboçado com a valorização da identificação dos atores sociais envolvidos com os mesmos e a análise dos seus

² O INAMPS possuía apenas um hospital próprio de médio porte no estado, localizado em Florianópolis administrando diretamente outros 28 Postos de Assistência Médica - PAMs em municípios polos de micro-regiões.

interesses ajudou a explicitar a existência de múltiplos projetos em pugna pela hegemonia setorial e geral da sociedade, constituindo-se a discussão em torno destes e de sua repercussão na formulação e implementação da política setorial a questão central em torno da qual se pautou a pesquisa ora apresentada. Por conta disto e do privilegiamento do plano político com foco nos processos e conflitos ocorridos dentro deste espaço, o trabalho desenvolvido procurou identificar os nexos existentes entre os atores sociais ali identificados, os interesses por eles representados, os diferentes discursos produzidos e as ações efetivamente executadas pelas instituições e gestores das políticas de saúde no espaço considerado, dando à história assim reconstituída um caráter que desvelou uma dinâmica setorial pautada pelo confronto de posições.

A tentativa empreendida, sempre aquém da pretensão do autor, resultou no trabalho apresentado a seguir:

O Capítulo 2 - Procedimentos Metodológicos, apresentou sumarizadamente a metodologia utilizada no desenvolvimento da pesquisa, bem como comentários referentes às diversas fontes de dados aproveitadas na elaboração da mesma, indicando a forma como se deu o processo de investigação e análise sintetizado no texto desta dissertação.

O Capítulo 3 - Referencial Teórico, sem monopolizar o material teórico selecionado para o diálogo que se pretendeu realizar com a realidade empírica, concentrou as bases e fundamentos conceituais mais significativos para o entendimento do conteúdo desenvolvido no presente trabalho. A par de indicar o entendimento de Estado privilegiado pela abordagem realizada, o capítulo sublinhou aspectos do conceito de seletividade estrutural proposto por Offe, de patrimonialismo em Weber, de seguro social, seguridade social e seus vínculos com o conceito de cidadania, finalmente apresentando os princípios e diretrizes da proposta da reforma sanitária e seus entrecruzamentos com os demais tópicos abordados no referencial teórico.

O Capítulo 4 sumarizou os antecedentes históricos da evolução das políticas de saúde no Brasil desde o início do século XX, situando melhor o recorte histórico recente - o período 1987-1990 - aprofundado no decorrer do presente trabalho. O capítulo enfatiza o permanente conflito ocorrido ao longo do tempo entre as propostas vinculadas aos conceitos de seguro e seguridade social e o papel instituinte que o mesmo desempenhou na construção da realidade setorial.

O Capítulo 5 pretendeu iniciar a caracterização dos atores sociais-protagonistas da história reconstituída pela presente pesquisa, tentando igualmente apontar os vínculos dos diversos grupos sociais com atuação no espaço setorial com as forças políticas com presença no espaço geral da sociedade.

O Capítulo 6 tentou recuperar e apresentar a história da implementação do SUS no estado no período 1987-1990, privilegiando um ponto de vista jornalístico, já que os temas e questões selecionados para integrar a "colagem" que compôs este capítulo resultaram basicamente da pesquisa realizada em periódicos de circulação ampla. Foram enfatizados no decorrer do relato os propósitos do governo Pedro Ivo tornados públicos no decorrer da campanha vitoriosa do PMDB no ano anterior e reforçados durante a sua posse, o conflito interno dentro da Secretaria Estadual da Saúde entre o Secretário Martinho Herculano Ghizzo e o seu Adjunto Orazil Coelho Pina e que culminou com a exoneração do "staff" mais comprometido com a reforma setorial, e em um momento posterior o afastamento da própria direção do processo de mudança em nível federal, que ocupava importantes funções na estrutura político-administrativa da previdência social. Dentro deste recorte histórico, o limitado processo de descentralização desenvolvido pela Secretaria Estadual da Saúde no bojo da execução do Convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS e que se propunha a delegar a execução das ações de saúde em geral para a esfera municipal foi enfatizado para o seu melhor entendimento quando da sua discussão no capítulo 8.

O Capítulo 7 privilegiou a apresentação do processo de reforma administrativa desenvolvido no setor saúde a partir do entendimento de que o mesmo apresentou contradições excepcionalmente ricas para caracterizar a natureza do conflito setorial e geral que deu sentido ao desenrolar da dinâmica social no período analisado. A discussão mais aprofundada desta questão foi desenvolvida também no capítulo 8.

O Capítulo 8 propôs-se a discutir as relações entre o processo de municipalização e o da reforma administrativa com os propósitos públicos do governo estadual, tendo como base a teoria referenciada no capítulo 3 e em alguns outros tópicos teóricos especialmente selecionados para este fim. O processo de municipalização das ações de saúde foi analisado com base em documentos que tentavam acompanhar técnica e politicamente a incorporação da Programação e Orçamentação Integrada - POI nas relações entre o estado e os municípios, flagrando suas limitações. A reforma administrativa setorial foi dissecada na tentativa de uma melhor compreensão para a aparente contradição existente entre o propósito de mudança do governo Pedro Ivo e a sua incapacidade de concretizá-la na realidade político-institucional. A estrutura administrativa setorial foi também analisada para a apresentação mais clara do filtro estrutural incorporado à idéia de seletividade do Estado desenvolvida por Offe³.

³ Para maiores detalhes a respeito do conceito de seletividade estrutural, ver item 3.2 do capítulo 3 - Referencial Teórico.

O Capítulo 9 tratou do financiamento do setor saúde, apresentando os interesses que transitaram e foram melhor ou pior contemplados no desenrolar do processo de implementação do SUS. Provas documentais e a própria análise da participação estadual no financiamento setorial mostrou que houve inequívoca retração financeira do estado em relação ao financiamento setorial durante o período observado, contribuindo este posicionamento para a fragilização da qualidade da assistência prestada pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina.

O Capítulo 10 focalizou um aspecto particular da prática político-administrativa do Estado brasileiro identificado no decorrer da pesquisa realizada, o caráter patrimonialista que sobreviveu ao tempo e molda as relações entre Estado e sociedade no país, indicando as formas de sua expressão específica no espaço setorial e a sua influência profunda na própria definição do espaço público no Brasil. O resultado deste padrão cultural anacrônico em uma sociedade pautada pela busca maximizada de vantagens individuais e corporativas é apresentado com exemplos do cotidiano do setor saúde, subsidiando um melhor entendimento sobre o porquê da apatia da sociedade com relação às questões relacionadas ao interesse público, situação específica da ampliação de direitos embutida na proposta do SUS.

O Capítulo 11 apontou a possibilidade do uso discricionário da lei como mais um exemplo da seletividade estrutural identificada na ação do Estado, apresentando exemplos em que a mesma foi utilizada na prática setorial para o privilegiamento de determinados interesses em detrimento de outros. O espaço estreito da garantia operada pelas leis em relação às demandas sociais também foi enfatizado no sentido de dar maior clareza à "conquista" do movimento sanitário com relação à luta pela transformação da realidade setorial: a inscrição dos princípios da reforma sanitária na Constituição, neste período, não passou de formalismo sem maior repercussão no espaço da realidade setorial.

O Capítulo 12 privilegiou a análise da luta ideológica que se travou no período estudado em torno do papel do Estado em geral e na sua responsabilidade em relação ao atendimento das demandas de saúde da população, e que culminou com a clara predominância de uma nova (velha) hegemonia no espaço setorial, concretizando no plano da realidade o modelo neoliberal do seguro-saúde. O capítulo apresentou algumas particularidades do processo de construção do SUS no estado, resgatando alguns nexos históricos do projeto liberal no setor saúde e as características e repercussões sobre a sociedade do modelo assistencial construído no decorrer do período analisado.

O Capítulo 13, das conclusões, procurou sumarizar as discussões desenvolvidas no corpo do trabalho, dando conta do processo político mais geral que deu sentido à história apresentada, caracterizado pelo resultado surpreendentemente

conservador do projeto de transformação setorial em relação à proposta original da reforma sanitária. O fenômeno foi associado com o conceito gramsciano de "*revolução passiva*" ou de "*restauração progressista*", que tenta compreender a rearticulação das hegemonias em momentos de crise político-institucional como o vivido pela sociedade brasileira a partir do ocaso do regime militar em meados dos anos 80.

2. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

A pesquisa apresentada tem as características de um estudo de caso, tendo sido privilegiada a abordagem qualitativa para o tratamento do problema selecionado para estudo. A abordagem qualitativa foi aqui

"entendida como aquela capaz de incorporar a questão do **significado** e da **intencionalidade** como inerentes *aos atos, às relações e às estruturas sociais*, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto em sua transformação, como construções humanas significativas" (ênfases na fonte)⁴.

Da mesma forma, o caso sintetizado pelo problema de pesquisa privilegiado neste trabalho foi aqui examinado como "uma representação singular da realidade, realidade esta multidimensional e historicamente situada."⁵

Tendo em vista a natureza do problema focalizado, que se insere no espaço da ação do homem como sujeito histórico e nas determinações que o condicionam, bem como as categorias analíticas escolhidas para darem eixo coerente aos resultados produzidos, a coleta de dados desenvolvida se caracterizou pela busca de fontes variadas de reconstituição histórica do processo de implementação do SUS, privilegiando neste sentido a entrevista com dirigentes institucionais, a análise de conteúdo de fontes secundárias diversas como periódicos de circulação ampla e restrita, discursos e documentos institucionais, instrumentos jurídico-legais e prestações de contas, procurando-se através do seu uso isolado e do cruzamento de informações de diferentes fontes, tornar mais claros os mecanismos de seleção político-institucionais que conformaram o processo de implantação do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. Para tal, os achados apreendidos da realidade foram sistematicamente relacionados com o material teórico que serviu de referência à pesquisa, produzindo-se uma releitura da realidade com a ênfase e o alinhamento determinados pelo mesmo.

O desenvolvimento concreto da investigação delineada no projeto de pesquisa realizou-se com alterações ditadas pela adequação a novas contingências não previstas naquele documento, podendo ser abaixo sumarizado:

⁴ MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1992, p. 10.

⁵ ANDRÉ, Marli. **Estudo de Caso: seu potencial na Educação**, Cad. Pesq., (49):51-54, maio 1984.

Fase I: Coleta de dados.

A. *Pesquisa em jornais I. Diário Oficial do Estado.* A realização da pesquisa foi iniciada com busca dirigida inicialmente ao Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, facilitado que era o seu acesso através do arquivo microfilmado pertencente à Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina. A perspectiva de ali se encontrar a divulgação das ações e empreendimentos mais relevantes da administração setorial foi frustrada, já que as ações de governo não ocupavam qualquer espaço significativo, nem o setor saúde contribuiu com qualquer lei ou decreto ali tornado público no período pesquisado.

B. *Pesquisa em jornais II. Jornal Diário Catarinense.* A perspectiva de reconstrução das ações de governo no que dissesse respeito à construção do Sistema Único de Saúde se voltou então à pesquisa de periódicos de circulação ampla - jornais de circulação estadual - no período de interesse para a pesquisa. A pesquisa foi realizada de forma exaustiva no acervo de periódicos da Biblioteca Pública do Estado, especificamente sobre os arquivos do Jornal Diário Catarinense entre 15 de março de 1987 e 15 de março de 1991, com a recuperação cronológica de todos os artigos de opinião, reportagens, editoriais, notícias e comentários ali publicados e relacionados com a questão saúde. Os registros foram classificados de acordo com o plano a que se referiam (local, regional ou nacional), sendo todos eles devidamente referenciados para possibilitar a consulta posterior mais detalhada conforme a necessidade. Foram também fotocopiadas todas as notícias que, à primeira vista, tinham inequívoca relação com o problema enfocado pelo trabalho de pesquisa, no sentido de possibilitar a análise do conteúdo das mesmas. A pesquisa isolada de um único periódico foi definida a partir do entendimento de que os conteúdos que fossem enfatizados no decorrer da elaboração da dissertação (e ainda não completamente definidos), poderiam ser pesquisados a seu tempo nos demais periódicos de forma mais dirigida, com evidente economia de tempo e esforço.

É importante salientar que a pesquisa documental tendo por base os jornais, programada para ser desenvolvida após a realização das entrevistas, teve sua ocorrência antecipada por questões operacionais bem definidas: o autor sentiu-se exigido a uma recuperação cronológica da história já vivida, capacitando-o melhor para a etapa de planejamento e realização das entrevistas. A nova cronologia recolocou o momento da produção dos dados primários necessários à pesquisa após a recuperação de dados secundários, orientando melhor o pesquisador para a ordem e importância dos eventos político-administrativos ocorridos no período pesquisado, o que situou a participação de cada entrevistado em relação à história, facilitando assim a forma e a colocação de questões mais pertinentes no decorrer das entrevistas realizadas.

C. *Seleção dos entrevistados.* A natureza do problema de pesquisa encaminhou a escolha dos entrevistados para um processo de indicação deliberado e dirigido, vinculado ao atributo *ocupante de função-chave*. Assim, foram selecionadas as pessoas que, no período pesquisado, exerceram cargos públicos implicados com a implementação do Sistema Único de Saúde no estado. Foram priorizadas, na seleção realizada, as funções de representante institucional e a de tomador de decisões na área de planejamento institucional de todos os órgãos e instituições públicas federais e estaduais do setor saúde em funcionamento no período pesquisado. Assim, a identificação e seleção dessas funções correspondeu ao entendimento de que nestes *loci* se concentraram o poder formal e as condições privilegiadas de observação e de interferência no processo de implementação do SUS no período considerado, o que justificou fazer deste conjunto de funções o universo a ser fonte de informações para a pesquisa.

D. *Roteiro de perguntas para a elaboração das entrevistas.* A elaboração do roteiro de perguntas para a realização das entrevistas foi precedida pela releitura do Projeto de Dissertação, tendo sido transferidas para os entrevistados todas as problematizações ali contidas. As perguntas apresentadas aos entrevistados sintetizaram assim, de forma simplificada, os questionamentos e inquietações do próprio autor quando da elaboração do seu projeto de pesquisa. A proposta perseguida pelo autor foi a produção de um roteiro de questões semi-abertas, com ampla possibilidade de colocação por parte de cada entrevistado.

O roteiro, em síntese, abordou as categorias analíticas privilegiadas pelo projeto de pesquisa, na expectativa de que as contribuições de cada entrevistado se constituíssem em material específico e geral sobre cada uma delas.

O pesquisador assumiu o momento das entrevistas como um momento explicitamente interativo, incorporando a premissa de que o processo de construção do conhecimento poderia se dar *durante* o diálogo pesquisador-sujeito⁶, sendo este capaz de reorientar permanentemente o direcionamento das perguntas apresentadas para os participantes, no sentido de esclarecimento de dúvidas, lacunas e questões surgidas durante o relato de cada entrevistado. O resultado deste encaminhamento foi que o roteiro de cada entrevista transformou-se em um documento único, que particularizou o contato do pesquisador com cada entrevistado na perspectiva de valorizar e apreender ao máximo a experiência pessoal de cada um.

E. *Preparação e execução das entrevistas.* Cada entrevistado selecionado recebeu uma carta informando sobre a realização da pesquisa, seus objetivos e a base

⁶ SIMÃO, Livia Mathias. Interação pesquisador-sujeito: a perspectiva da ação social na construção do conhecimento. In: *Ciência e Cultura (Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência)*, 41(12) : 1195-1212, dezembro (1989).

teórica utilizada, assim como o convite para colaborar para reconstruir a história da implementação do SUS no período em que exerceu funções executivas na gestão do setor, solicitando-se o contato com o pesquisador para mais informações e a marcação da entrevista. As entrevistas foram realizadas em local, data e horário decididos pelos entrevistados, sendo sistematicamente precedidas por uma síntese oral sobre os objetivos da pesquisa em desenvolvimento e um sumário das perguntas a serem formuladas para permitir uma visão de conjunto aos entrevistados. O roteiro de entrevista foi a seguir apresentado para cada um dos entrevistados, sendo suprimidas as perguntas que a critério do entrevistador tivessem sido abordadas de forma suficiente durante a resposta a outras questões. As posições pouco claras e as situações que exigiam maior detalhamento ou esclarecimentos mais aprofundados por parte do entrevistado no decorrer das entrevistas foram recolocadas pelo entrevistador imediatamente após a sua percepção em relação ao fato, tornando cada entrevista portadora de dinâmica própria.

As entrevistas tiveram duração variável, sempre diretamente vinculadas ao interesse de cada entrevistado na elaboração de respostas mais concisas ou extensas.

Todas as entrevistas foram registradas através de equipamento de gravação miniaturizado próprio para o registro de entrevistas, tendo sido as fitas aí geradas posteriormente transcritas pelo próprio pesquisador, na íntegra, para análise de conteúdo no momento oportuno.

Das dezessete entrevistas programadas, onze foram efetivamente realizadas. Dois entrevistados não manifestaram interesse em participar da pesquisa mesmo quando reiterado o convite por contato pessoal ou por telefone (Aurélio Rótolo Araújo e João Ghizzo Filho). Quatro entrevistados, a par de não terem demonstrado interesse inicial na realização da entrevista, residiam no interior (Lages - Antonio Eneo dos Santos e Joinville - Cláudio Bley do Nascimento), fora do estado (Brasília - Walmor De Luca), ou no exterior (Estocolmo - Suécia - Nelson Blank), dificultando a realização das mesmas.

F. *Pesquisa documental I.* A seqüência do trabalho de levantamento de dados foi a realização de pesquisa documental na Secretaria Estadual da Saúde, trabalho este prejudicado pelas profundas transformações por que passou a instituição em decorrência da implantação do Sistema Único de Saúde desde 1987. Estas transformações acarretaram a mudança de prédio em 1988, a descaracterização de funções e a alteração do *lay-out* físico de diversos departamentos a partir de atos e portarias internas e/ou decisões informais em 1989, culminando com a profunda reforma administrativa realizada na estrutura do estado em 1991, que resultou na extinção da Fundação Hospitalar de Santa Catarina e do Departamento Autônomo de Saúde Pública e a conseqüente unificação da administração das duas entidades na

Secretaria Estadual da Saúde. A consequência desse processo de mudanças foi o extravio de valioso acervo institucional e de pesquisa, só em parte recuperado após longo trabalho de investigação e busca.

G. *Pesquisa documental II. Atas da Comissão Interinstitucional de Saúde.* O resultado dessa busca foi recompensado pela recuperação dos arquivos da Secretaria Executiva e Técnica da Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS, o órgão que deliberava as grandes questões relacionadas com a implantação das Ações Integradas de Saúde - AIS, e posteriormente do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS entre 1986 e 1988. As atas destas reuniões da CIS são fonte documental primária de inestimável importância para quem se debruça sobre o tema tratado nesta pesquisa, sendo isoladamente a fonte mais importante incluída no presente trabalho.

H. *Pesquisa documental III. Documentos técnicos de avaliação do processo de implantação do SUDS.* Os arquivos recuperados também permitiram o acesso ao conjunto de documentos técnicos produzidos pela Comissão Interministerial de Planejamento - CIPLAN, pela Coordenação de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde e pela Secretaria Técnica da CIS relacionados com a avaliação do processo de implantação do SUDS no estado e a atuação institucional em relação ao mesmo, entre outros componentes de análise, constituindo-se também em valiosas fontes de pesquisa.

I. *Pesquisa documental IV. Orçamento Geral do Estado, Prestação de Contas do Poder Executivo, Balancetes Financeiros da Secretaria Estadual de Saúde.* Foram pesquisados, como material adicional, os Orçamentos Gerais do Estado, a Prestação Anual de Contas do Poder Executivo e os Balancetes contábeis da Secretaria Estadual da Saúde entre 1983 e 1993, na tentativa de aprofundar o entendimento a respeito da dinâmica de financiamento das ações de saúde patrocinadas pelo estado antes e depois do período enfocado pela pesquisa, comparando-os com o período sob análise, em que as transformações vinculadas à implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em Santa Catarina transferiram grande montante de recursos federais à gestão estadual.

J. *Pesquisa documental V. Mensagens Anuais do Governador à Assembléia Legislativa.* Finalmente, das Mensagens Anuais do Chefe do Poder Executivo à Assembléia Legislativa do Estado foram destacadas as análises e propostas setoriais que diziam respeito à área da saúde no período 1987-1990, sendo estes documentos importantes recortes do discurso oficial vinculados à definição de prioridades e à análise dos resultados da ação governamental sob a ótica e os valores da máquina burocrática institucional.

Fase II: Ordenamento e análise dos dados.

L. *Sistematização dos dados e hierarquização do conteúdo coletado.* O material acumulado a partir da busca nas diversas fontes já citadas foi exaustivamente avaliado até que ao autor pareceu clara a definição, no conjunto do material disponível, de alguns temas⁷ mais relevantes do que outros quando colocados em articulação com o problema sob investigação. Estes temas foram destacados em "unidades temáticas"⁸ que, agregadas ao conjunto das demais unidades temáticas selecionadas, constituíram um amplo mosaico de informações que contemplou conteúdos de todas as fontes disponíveis. Os vários conjunto de unidades temáticas afins constituíram "blocos temáticos" que nuclearam os conteúdos que se interrelacionavam com o problema de pesquisa.

M. *Definição das Categorias Analíticas.* A partir dos blocos temáticos, entendidos como a expressão sistematizada da realidade apreendida pelo processo de investigação desenvolvido na primeira fase da pesquisa, o processo de análise prosseguiu com a articulação dos mesmos com o problema colocado sob investigação e com o referencial bibliográfico e teórico disponível. Esta articulação da realidade com a teoria em busca de respostas para o problema de pesquisa acabou por definir um conjunto privilegiado de unidades temáticas dentro de cada bloco temático. Estas unidades especiais de conteúdo se caracterizaram pela presença de elementos interpretativos relacionados com a realidade sob observação. Neste sentido, elas foram denominadas "categorias analíticas", constituindo-se nas "pontes" que vincularam a realidade apreendida na fase de coleta com a teoria que tentou interpretá-la⁹. É importante salientar portanto que o procedimento metodológico privilegiado nesta fase produziu a emergência das categorias analíticas em um sistema aberto, sem qualquer definição categorial prévia. Em decorrência deste processo, a abrangência temática tornou-se extremamente ampla e fragmentada, exigindo do pesquisador uma interferência permanente no intuito de associar as muitas categorias em módulos explicativos mais conexos.

N. *Análise e apresentação dos conteúdos.* Finalmente os blocos temáticos foram "transversalizados" pelas categorias analíticas construídas da forma recém colocada, o que acabou por produzir o material trabalhado já sob a forma de

⁷ O tema foi aqui entendido como "uma asserção sobre determinado assunto, podendo ser uma simples sentença, um conjunto delas ou um parágrafo", de acordo com a definição de BARBOSA FRANCO, Maria Laura P. *O que é análise de conteúdo*. EDUC, nº 6, agosto 1986, (mimeo), p. 19.

⁸ CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo, Cortez, 1991, p. 98.

⁹ A metodologia utilizada no presente trabalho foi construída a partir da leitura dos textos de BARBOSA FRANCO, M.L.P. Op cit.; CHIZZOTTI, A. Op cit.; ZANELLI, José Carlos. *Um procedimento informatizado de entrevistas recorrentes para identificação e análise de problemas organizacionais e sociais*.(mimeo), 1992.

conteúdos ordenados, que foram a base para a elaboração posterior dos diversos capítulos da presente dissertação.

A pretensão do autor foi a de que os conteúdos assim tratados tenham tido capacidade de esclarecer melhor a versão dos vários atores sociais situados em relação ao problema de pesquisa, ajudando igualmente a reconstruir a participação político-institucional estadual no processo de formulação e implementação do SUS, avaliando-se finalmente, a partir destes elementos, as repercussões dos vários projetos em luta na arena social na efetiva modificação da realidade setorial .

O resultado final da pesquisa empreendida, apresentado na forma desta dissertação, procurou assim reconstituir o processo de construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina na perspectiva de contribuir para uma ação transformadora da realidade social enriquecida pela experiência vivenciada pelo autor e tantos outros protagonistas da mesma no período estudado.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. O Estado.

O problema privilegiado pela presente pesquisa, relacionado à implementação de uma política pública setorial, remete inapelavelmente para uma melhor definição do papel do Estado nas sociedades contemporâneas, bem como a sua contextualização em relação ao problema apresentado. O Estado, por conta disto, foi entendido neste trabalho como espaço-sujeito central do processo analisado, seja como plano onde se colocam e se definem os destinos das demandas sociais dirigidas ao gestor público, seja como agente de formulação e execução das respostas a estas demandas sob a forma de políticas públicas.

Diferentes teorias políticas a respeito do Estado tentam esclarecer as condições de sua emergência. A matriz liberal e suas vertentes contratualistas (Hobbes, Locke, Rousseau) e utilitaristas (Hume, Bentham e Mill) sugerem que o Estado é o resultado de um contrato social entre os homens, que essencialmente retirou de cada indivíduo a sua natureza selvagem (a violência inerente a cada ser humano), concentrando este poder e sua gestão na figura do Estado, a ordem político-jurídica que habilitou à vida em sociedade e, em seqüência, a geração de um espaço onde se desenvolveu a sociedade civil tendo como pressupostos o individualismo, o utilitarismo e a igualdade¹⁰.

Estes elementos da natureza humana garantiram as condições primárias para a livre constituição do mercado, baseado na igualdade formal dos indivíduos isolados em busca de seus interesses particulares.

A essência da criação da ordem jurídica, neste sentido, se estabeleceria a partir da transferência de parte do poder que caberia a cada indivíduo, mas que exercido colocaria em risco a própria sociedade, para o Estado, que passa assim a gerir o monopólio da violência no interesse geral da preservação das normas pactuadas. A ordem jurídica, por esta lógica, se constituiria em um artifício calculado para proteção desta relação, assim como da propriedade individual e da manutenção das relações de troca. Criar-se-ia com este arranjo uma relação de direito positivo entre os cidadãos e o Estado, sendo entretanto clara a pressuposição de que a

¹⁰ MACPHEARSON, C. *Teoria Política do Individualismo Possessivo - de Hobbes a Locke*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.

sociedade civil, espaço das relações de produção, será dirigida pelo mercado, onde cada indivíduo buscaria maximizar ganhos.¹¹

A fragilidade das teorias políticas liberais está em não explicar a emergência das demandas sociais atendidas pelo Estado, já que estas teorias pautam-se pela aceitação de que a ordem da produção e da distribuição se efetivam pela livre flutuação de preços no mercado. Nenhuma medida ou política que interfira na ação do mercado, exceto aquelas que assegurem a própria auto-regulação do mesmo, faz sentido para os liberais.

A interferência do Estado na regulação das condições de trabalho e na garantia da reprodução da força de trabalho através de políticas na área da educação, saúde, etc, não por outro motivo, são questionadas contemporaneamente pelas correntes neoliberais, por interferirem neste espaço privilegiado de regulação das trocas. As políticas sociais, foco do interesse do presente trabalho, assim, seriam ações indevidas do Estado, não sendo tratadas sistematicamente sob a perspectiva recém apresentada.

Pelos motivos expostos acima, a busca de referencial que auxilie no entendimento das políticas públicas enquanto intervenção do Estado no espaço privilegiado da ordem de mercado, e mesmo das relações do Estado com a sociedade, permanece como uma necessidade teórica central.

Neste sentido, as elaborações histórico-estruturais definem o Estado como expressão da sociedade civil, mais precisamente das relações materiais de produção que nela se dão.

O Estado seria produto, portanto, das contradições de classe irreconciliáveis que se dariam ao nível das relações de produção. O papel do Estado, neste caso, passaria a ser o de articular os interesses das frações dominantes da sociedade, garantindo desta forma as condições de sua reprodução. Assim, de fato, não existiria um Estado separado da sociedade.

Entretanto, deve-se entender o Estado Moderno como bem mais do que isso. Além de espaço de mediação de conflitos através de seu instrumental jurídico e político, o Estado se apresenta, concreta e essencialmente, como espaço de contradição.

As contradições do Estado passam em primeiro lugar pela sua função de avalista "neutro" das relações de produção, ao mesmo tempo em que ele mesmo é produção deste processo.

Outra contradição do Estado está na função que exerce de guardião das liberdades individuais, ao mesmo tempo em que detém e usa a força especificamente

¹¹ POLANNY, Karl. *A Grande Transformação: as origens da nossa época*. Rio de Janeiro, Campus, 1989.

em defesa da manutenção de um determinado tipo de relação social concreto: a de subordinação do trabalho pelo capital.

O Estado Capitalista, assim, é uma "generalidade parcializada", já que expressa interesses supra individuais como fiador da relação capital/trabalho, cujos interesses entretanto não são neutros ou igualitários por resultarem de uma relação de dominação¹².

Sublinhamos aqui a função do Estado que nos interessa, qual seja a de dar concretude a projetos específicos de sociedade que se enquadrem dentro dos limites já citados nos parágrafos anteriores. Tais projetos, atendendo a interesses de frações de classe e grupos sociais diversos, ao mesmo tempo, quando atendidos, fragilizam os projetos societários fora dos limites por ele impostos e/ou advindos de grupos sociais subalternos.

Outra função do Estado, a par do uso da violência já colocado no início deste capítulo, é o de garantir dentro da sociedade um mínimo de consenso para as regras que regem o jogo social e mesmo em relação ao projeto societário dos grupos da coalizão no poder. Como já se referiu Gramsci, o Estado seria a hegemonia (consenso) revestida de coerção (violência)¹³. Assim, uma definição ampliada do Estado, incorporando as contribuições precedentes e consultadas¹⁴, poderia ser a de que o Estado seria o "complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente justifica e mantém não só o seu domínio, mas também o consenso ativo dos governados"¹⁵.

No caso das políticas sociais e seus projetos específicos, aos quais nos ateremos mais concretamente a seguir, a ação do Estado se dá no sentido de garantir a própria existência do trabalhador assalariado enquanto parte da relação avalizada pela ordem jurídica, podendo até mesmo protegê-lo do capital através da regulação das condições de trabalho e da provisão de condições mínimas para sua reprodução enquanto classe - o que, de forma sintética e simplificada, expressa o espírito das políticas sociais implementadas pelo Estado¹⁶.

¹² O'DONNELL, Guillermo. Anotações para uma teoria do Estado. In: **Revista de Cultura e Política**, Rio de Janeiro, Paz e Terra. ?

¹³ GRAMSCI, A. Quaderni del Carcere. Apud Coutinho, Carlos Nelson. **Dualidade de Poderes**. São Paulo, Brasiliense, 1987, p. 67.

¹⁴ Para o desenvolvimento mais aprofundado da temática da Teoria do Estado em geral e do pensamento dos autores que influenciaram a presente fundamentação, ver, por exemplo: CARNOY, Martin. **Estado e Teoria Política**. Campinas, Papirus, 1988; ALTHUSSER, L. **Aparelhos Ideológicos de Estado**. Rio de Janeiro, Graal, 1983; COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro, Campus, 1989; PORTELLI, Hughes. **Gramsci e o Bloco Histórico**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.

¹⁵ PAIM, Jairnilson. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986.p. 46.

¹⁶ FLEURI, Sonia. **Políticas Sociais e Estado Moderno**. ENSP-Fiocruz,(mimeo).

O Estado, para fins de construção de uma teoria que dê suporte aos propósitos desta pesquisa, pode ser entendido, assim, como "uma relação, mais exatamente como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, tal como ele expressa, de maneira sempre específica, no seio do Estado"¹⁷. Isto permite compreender melhor a afirmação de Fleury, de que o Estado é "a condensação de um conjunto heterogêneo, complexo e muitas vezes conflitante de funções que precisam ser desempenhadas simultaneamente em cada formação social e período histórico concretos"¹⁸.

Resumindo o já exposto, o Estado representa, em última instância, os interesses econômicos mais gerais das classes sociais dominantes e suas frações constituintes, reproduzindo no seu interior a heterogeneidade deste conjunto de forças. A predominância de frações dirigentes da sociedade civil também ao nível do aparelho de Estado torna menos clara a tensão existente entre os muitos interesses divergentes dentro do próprio bloco dominante.

Entretanto, como já foi visto, o Estado, como instrumento de reprodução das relações sociais, é também permeável a demandas das classes subalternas, produzindo discursos e práticas geradoras de consenso e aceitação das relações sociais nos termos impostos pela forma capitalista de produzir, e em relação ao próprio Estado enquanto gestor "neuro" dos interesses gerais da sociedade.

Assim, a tensão permanente entre os interesses dominantes gerais e os específicos das suas frações de classe por um lado, e as igualmente diversas demandas das classes subalternas por outro, torna a atuação do Estado sempre tensa, sendo a mesma definível apenas em relação a cada específica correlação de forças analisada.

O Estado, assim, é uma formação histórica estreitamente relacionada com a emergência de uma forma específica de organização social da produção - o capitalismo - desempenhando complexo, variado e contraditório conjunto de funções.

Quanto aos limites da intervenção do Estado, estes estão dados pela sua própria condição de emergência, vinculada à garantia do processo de valorização do capital, o que significa dizer que lhe é interdita a intervenção sobre os fundamentos do processo capitalista de produção: a propriedade privada e a disponibilidade do trabalho assalariado. Neste sentido, o Estado é sempre um Estado capitalista, e portanto, um Estado de classe¹⁹.

¹⁷ POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o Poder, o Socialismo**, Rio de Janeiro, Graal, 1980, p. 147.

¹⁸ OLIVEIRA, Jaime e FLEURY, Sônia. **(IM)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis/Rio de Janeiro, Vozes/ABRASCO, 1985, p. 11.

¹⁹ FLEURY, Sônia. Estado, Poder e Democratização da Saúde. In: Fleury, Sônia (org). **Saúde: Coletiva ? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p 20.

O Estado reflete também, dentro de certos limites já apontados anteriormente, em cada situação específica, as relações de poder que se dão no interior do corpo social. O bloco dominante, heterogêneo e dinâmico, expressa-se no interior do Estado representando simultaneamente, em última instância, os interesses unitários da classe dominante, e desigualmente os de cada fração de classe que o compõem em cada sociedade considerada.

Por outro lado, o Estado, enquanto instrumento de reprodução das relações sociais, é exigido no plano superestrutural a produzir mecanismos de geração de consenso com relação à aceitação das relações sociais vigentes e do próprio Estado pelo conjunto da sociedade, aí incluídas as classes subalternas.

Tal objetivo se concretiza pelo discurso, pela manipulação e pelo atendimento parcial e localizado de demandas, normalmente na forma de políticas sociais.

Este conjunto de interesses contraditórios a serem atendidos: o do bloco do poder em geral, o de cada fração no seu interior em particular e o das classes subalternas secundariamente, se dá na forma de uma atuação sempre caracterizada pela tensão e pelo seu caráter dinâmico, vinculado que está à permanente redefinição da correlação de forças que sustenta cada um desses interesses no interior de cada formação social e em cada momento dado²⁰.

O Estado pode ser visto, assim, como "um campo complexo de relações entre classes e frações de classes, que encontram o seu ponto de cristalização contraditória no sistema institucional"²¹.

Neste sentido, a intervenção estatal no setor saúde através de políticas sociais específicas pode ser entendida como resultante "do crescimento das necessidades sociais, que são determinadas tanto pelo processo de acumulação de capital como pela elevação do nível da luta de classes"²².

A introdução do elemento contraditório no entendimento da emergência das políticas sociais coloca de forma mais complexa ao investigador o esclarecimento das suas determinações, o que leva necessariamente à consideração de que não há uma única explicação para as políticas sociais: elas se explicam pela combinação de vários fatores.

"A natureza e o número dessas combinações dependerá das origens históricas de cada fator, da forma política que os fatores

²⁰ OLIVEIRA, Jaime; TEIXEIRA, Sonia F. **(IM)PREVIDÊNCIA SOCIAL. 60 anos de história da Previdência Social no Brasil.** Petrópolis, Vozes, 1986. pp. 11-13.

²¹ POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o Poder, o Socialismo.** Rio de Janeiro, Graal, 1980.

²² NAVARRO, Vicente. Classe Social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina. In: **Textos de Apoio - Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, ABRASCO/PEC-ENSP, no 1, 1983, pp. 88-100.

determinam suas relações com os outros e de sua função nesta formação social específica"²³.

Navarro também sinaliza o caráter dialético do jogo social, enfatizando a necessidade de uma visão totalizadora sobre a realidade observada, uma vez compreendida a ausência de compartimentalizações, maniqueísmos e relações mecânicas em relação ao produto da dinâmica social: "não há um corte dicotômico entre as necessidades sociais do capital e as demandas sociais do trabalho. Qualquer política utilizada pode servir a ambas"²⁴.

As políticas sociais em geral, e as ações no campo da saúde em particular, neste caso, se colocam como eixos privilegiados para o entendimento da dinâmica de intervenção do Estado. Assim, a análise de uma política pública é sempre uma incursão, melhor ou pior sucedida, que visa o desvelamento dos mecanismos complexos que dão contorno às relações do Estado com a sociedade, flagrando em cada formação social considerada as condições particulares que lhe dão singularidade.

A expressão concreta das políticas sociais são, assim, o resultado possível e necessário das relações que historicamente se dão entre capital e trabalho, enfim, entre as classes sociais que na arena social recriam permanentemente esta relação com o seu concurso. Ao mesmo tempo, para o campo das políticas sociais confluem interesses de natureza diversa e normalmente contraditórios, advindos da presença dos atores sociais na cena política, de sorte que a problemática da emergência da intervenção estatal é sempre multideterminada.

Em sociedades capitalistas retardatárias e dependentes, como é o caso do Brasil, produziu-se um padrão de emergência de políticas sociais bastante diverso do ocorrido nas sociedades liberais-democráticas desenvolvidas. Nos dois casos o consenso de proteção perpassa a sociedade mas nas sociedades periféricas será o Estado que produzirá o projeto que atenderá os interesses nele envolvidos e não os trabalhadores. Por conta disto, o padrão de proteção social nestes casos não se orienta para a universalidade de direitos e para a garantia do mínimo vital, mas para a regulação do acesso aos benefícios a partir da incorporação diferenciada de categorias de trabalhadores no mercado de trabalho, regulação esta assumida pelo Estado e denominada por Santos²⁵ como "cidadania regulada". Este *modus operandi* do Estado indica a possibilidade de que as políticas sociais se constituem como um mecanismo de preservação das relações de mercado, apenas tangenciando a função redistributiva que normalmente lhes competiria.

Exemplificando com o caso brasileiro, o quadro colocado a seguir, assumindo uma periodização esquemática da evolução político-institucional

²³ Idem, *ibidem*, p. 90.

²⁴ Idem, *ibidem*, p. 90.

²⁵ SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro, Campus, 1979.

brasileira, tenta flagrar este caráter redistributivo apenas marginal da política social previdenciária em diferentes contextos políticos vividos pelo país, correlacionando os mesmos com as características da estrutura previdenciária constituída no período e a função político-ideológica a ela identificada na nossa história recente.

Tabela 1. Contexto político, características do sistema previdenciário e função político-ideológica desempenhada. Brasil, 1930-1990.

CONTEXTO POLÍTICO	CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO	FUNÇÃO POLÍTICO-IDEOLÓGICA
Regime populista (1930-1964)	Fragmentado, iníquo e pouco abrangente.	Cooptação dos trabalhadores ao projeto estatal
Regime burocrático-autoritário (1964-meados dos 80)	Crescente intervenção estatal, centralismo, com privatização das políticas públicas.	Legitimação do poder com produção de um novo espaço de acumulação
Transição democrática (meados dos 80-?)	Racionalização da assistência, aumento da equidade e justiça social, recuperação do princípio federativo.	Incorporação de demandas de grupos até então excluídos; "resgate da dívida social".

Fonte: ?

Os exemplos recém expostos e a aproximação teórica relacionada ao problema ao qual nos debruçamos - a construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina - mostram de maneira clara que a natureza da área social transcende o espaço da simples ação assistencial, pois as interfaces que vão pouco a pouco dando os contornos ao espaço onde transitam as políticas ditas "sociais" colocam a complexa teia de inter-relações que as determinam. Fica assim afastada a possibilidade de que as políticas sociais sejam entendidas como simples resultado da formulação do Estado para demandas que a ele são dirigidas pela sociedade em busca do "bem comum", assim como se exclui a possibilidade de se flagrar a natureza das mesmas apenas com o esclarecimento aparentemente simples do caráter instrumental do Estado sob controle das classes dominantes. Se coloca como relevante, outrossim, o entendimento mais amplo da ação do Estado, incorporando-se ao horizonte de pesquisa também a sua dimensão ampliada da reprodução das relações econômicas e políticas em um cenário pautado pelo conflito e pela contradição.

Neste sentido, questões permanentemente na pauta da atuação do Estado, nos níveis econômico, político e ideológico, identificadas em relação ao problema focalizado neste momento poderão esclarecer a natureza da atuação concreta do Estado²⁶:

(a) ao nível econômico, as diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital, que exigem a produção de condições mínimas de reprodução da força de trabalho, a socialização desses custos quando assumidos pelo Estado e,

²⁶ FLEURY, Sonia Fleury. op. cit. p. 32.

secundariamente, a pressão de setores empresariais produtores de bens e serviços consumidos setorialmente;

(b) ao nível político, as práticas do Estado dirigidas para a produção permanente de legitimação da formação econômico-social por um lado, e da sua própria atuação enquanto gestor "neutro" dos interesses gerais da sociedade, práticas concretizadas em parte através do atendimento parcial de demandas populares oriundas de setores subalternos organizados;

(c) ao nível ideológico, "compreendendo a produção científica, as práticas sociais e o conjunto de valores que organizam o universo cultural e moral dos profissionais de saúde a partir da inserção destes agentes na estrutura social"²⁷.

3.2. Seletividade Estrutural.

De uma forma mais específica, a busca de clareza para o caráter político-institucional que caracterizou a prática do Estado neste período com relação ao problema de pesquisa encontrou nas formulações de Claus Offe aporte teórico favorável para o entendimento dos processos sob análise. Offe²⁸ identifica na atuação do Estado práticas sistemáticas e permanentes de seletividade incorporadas à sua própria estrutura, ou seja, os mecanismos de seleção são constitutivos da sua estrutura assumindo o papel de instrumento-chave vinculado ao caráter de classe incorporado à sua atuação.

A seletividade do Estado pode ser melhor apreendida se entendida como um conjunto de atividades teóricas e práticas que, pela sua ação e/ou omissão sistemática, produzem concretamente espaços sociais privilegiados nos quais podem se expressar de forma maximizada as relações de produção e, por conseguinte, as práticas de atualização do capital em sua plena expressão. São portanto processos de seleção que privilegiam determinados grupos sociais em detrimento de outros, com nítido corte de classe, já que "o problema ao qual o desenvolvimento político estatal reage é o problema da compatibilidade precária das suas próprias instituições e serviços...(relacionada também à) inconsistência e racionalização interna" dessas estruturas para compatibilizar os interesses contraditórios do capital e do trabalho²⁹.

²⁷ Idem, *ibidem*.

²⁸ A discussão que se segue é uma apresentação sintética da proposta teórico-metodológica apresentada pelo autor em OFFE, Claus. *Dominação de Classe e Sistema Político. Sobre a seletividade das instituições políticas*. In: OFFE, Claus. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984. pp. 140-177.

²⁹ OFFE, Claus e LENHARDT, Gero. *Teoria do Estado e Política Social. Tentativas de explicação político-sociológica para as funções e os processos inovadores da política social*. In: OFFE, Claus. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.

Offe conceitua a dominação organizada pelo Estado *como um sistema de regulamentação seletivo e gerador de ocorrências que se dão como um processo de seleção, ou como regras de exclusão institucionalizadas*. A seletividade da dominação política se daria pela atualização de um único elemento ou setor num conjunto de possíveis resultados, e pela homogeneização ou consistência dos acontecimentos atualizados. A proposta metodológica desenvolvida por Offe³⁰ sugere que o conceito acima exige a definição de "não-acontecimentos", eventos relevantes que são excluídos da ação estatal, categorizados em três tipos:

(a) os sócio-estruturais, excluídos por não serem formatados às premissas históricas da sociedade moderna;

(b) os acidentais, que são alternativas legais excluídas pela opção por uma outra, sem que a sua escolha colocasse em risco as estruturas e regras do sistema político;

(c) e os sistêmicos, que incluem todas as exclusões não consideradas na primeira possibilidade nem se encaixam no caráter contingente do segundo grupo. As operações de seleção que podem ser explicadas sem a remissão aos processos que as definiram são colocadas neste grupo.

Reforçando a idéia de que o caráter de classe do Estado capitalista só pode ser descoberto dentro da sua própria estrutura através da identificação de processos de seleção que se dão: (1) pela articulação de um interesse "capitalista global" mesmo contra a resistência de blocos de interesse isolados, ou seja, protegendo o capital de si mesmo e (2) pela proteção do capital global contra interesses e conflitos anti-capitalistas, Offe identifica quatro níveis de atuação dos mecanismos de seleção do Estado: estrutura, ideologia, processos e repressão, funcionando como filtros justapostos que definiriam em última instância os resultados da ação política.

Ao nível da **estrutura**, o mandato das organizações e as definições jurídicas em geral (o direito de propriedade, etc) seriam as formas mais simples de seletividade, mas a restrição de recursos e informações materiais, e mesmo a existência e efetividade da burocracia também constituem elementos de seletividade à ação política, esta última pela criação de espaços despolitizados fora do horizonte possível da ação dos sistemas políticos.

A **ideologia** atuaria como mecanismo de restrição à estrutura, no sentido de que apenas parte da política estruturalmente possível poderá ser aplicada, já que a percepção de problemas e conflitos será permeada por esta. No caso do setor saúde, o entendimento da saúde quase que pelo seu contrário, a doença, e mesmo esta restrita

³⁰ OFFE, Claus. Dominação de Classe e Sistema Político. Sobre a seletividade das instituições políticas. In: OFFE, Claus. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984. p. 147.

apenas à esfera biológica dos indivíduos induz a decisões que beneficiam certos modelos de intervenção em detrimento de outros.

Os processos, enquanto procedimentos de formulação e implementação de políticas, também pré-julgariam conteúdos, redefinindo probabilidades de realização a cada uma delas e, portanto, inclusive por processos de não-decisão, filtram a política possível de expressão plena.

Finalmente, a repressão também atuaria na limitação do espaço de ocorrência das políticas pelo tolhimento violento ou autoritário da expressão de demandas.

Tentando vincular os mecanismos de seleção descritos acima com os interesses de classe, o autor insiste na análise das exclusões do sistema político, na verdade realidades sistematicamente excluídas da consideração e, por conseguinte, da ação do Estado.

Offe, ao indicar as limitações das propostas metodológicas disponíveis para tal esclarecimento, coloca o *locus* da práxis política como o único espaço possível para a percepção do fenômeno da seletividade.

A dificuldade da verificação empírica dos mecanismos de seleção do Estado e seu caráter de classe não estaria só vinculada ao limite do conhecimento hoje disponível, mas também à própria estrutura do objeto de estudo, que se recusa a uma explicação baseada na teoria de classes.

Este não revelar-se se vincula à necessidade de justificação do Estado como poder ligado a interesses societários e não aos do processo produtivo, num processo de funcionalização da soberania que se exprimiria pelo paralelismo existente entre relações de produção capitalistas e democracia burguesa.

Um dos problemas estruturais do Estado capitalista estaria exatamente em que ele precisa praticar e ao mesmo tempo ocultar o seu vínculo de classe. Assim, as ações de coordenação e repressão que desmascaram o seu caráter classista são associadas a um novo tipo de atividade estatal: a de caráter de ocultação, caracterizada por operações divergentes que preservam a aparência de neutralidade de classe, permitindo com isso exatamente o exercício da dominação de classe.

Estas atividades poderiam ser, a partir da proposta de Parenti³¹, duas: um sistema insumo-produto simbólico centrado em torno de atividades eleitorais e representativas, e um sistema insumo-produto substantivo que envolve os contratos bilionários, proteções, descontos, subsídios e benefícios de toda ordem. O primeiro seria extremamente visível; o segundo raramente se colocaria em evidência.

³¹ PARENTI, M. The possibilities for Political Change, in: *Politics and Society*, 1/1970, apud OFFE, Claus, op. cit, p.163.

Exatamente a visibilidade deste sistema insumo-produto substantivo na sociedade brasileira e no caso estudado, identificado sem maiores dificuldades metodológicas e discutido abertamente pelos meios de comunicação, possibilitaram a incorporação de um outro eixo explicativo para o caso das práticas político-institucionais analisadas neste trabalho. No caso, a hipótese formulada foi a de que, além do caráter de classe até agora discutido, o Estado funcionaria também segundo relações arcaicas fundadas ainda em moldes patrimonialistas herdadas das raízes portuguesas e da estrutura político-administrativa construída em torno do projeto colonial aqui implementado (ver no ítem 3.3. deste capítulo).

Voltando ao eixo proposto inicialmente, Luhmann³² também ressalta o caráter de legitimação e ocultação do que é politicamente relevante pelo sistema político, função que serviria para abreviar ou absorver protestos pela autonomia operativa percebida e relacionada ao sistema político, o que, segundo Offe, se daria pela internalização do "seu justo contrário".

Reafirmando o caráter dissimulador das funções políticas, Selznick³³ indica os processos de cooptação comuns ao espaço político como uma estratégia que, além da perspectiva do deslocamento real de poder, pode assumir a possibilidade de exercerem formas de ocultamento simbólico do poder com generalização de responsabilidades, estas últimas tanto mais prováveis quanto mais vinculadas ao processo democrático-formal e expostas à opinião pública.

Etzioni³⁴ também tratou das relações de dominação institucional, relacionando sua preservação com a sua capacidade de se desmentirem constantemente, identificando um processo permanente de "inautenticidade" vigindo nas instituições.

Offe³⁵ indica, em virtude destas dificuldades, três níveis de possibilidade de demonstração empírica da instauração e simultânea negação da dominação de classe:

(1) a comprovação do desenvolvimento simultâneo e convergente das estruturas e funções do Estado que exercem atividades de valorização do capital e aquelas que a tornam invisível (o consenso político);

(2) a identificação da não identidade de conteúdo entre exigências funcionais da economia capitalista e os motivos mobilizados para a sua implementação, como as justificativas de bem-estar, para políticas cujo resultado é a concentração de renda;

³² LUHMANN, N. *Legitimation durch Verfahren* (Legitimação por procedimento), Neuwied/Berlin, 1969, apud OFFE, Claus, op. cit, p. 165.

³³ SELZNICK, P. *TVA and the Grass Roots*, N.York, 1966, p. 259, apud OFFE, Claus, op. cit, p. 165.

³⁴ ETZIONI, A. *The Active Society*, N.York, 1968, pp. 610/11, apud OFFE, Claus, op. cit, p. 166.

³⁵ OFFE, Claus. Op. cit. pp. 166-167.

(3) as contradições sugeridas pela possibilidade de expansão concomitante, tanto das políticas de suporte à acumulação capitalista, quanto das que produzem lealdade e legitimação, como é o caso das políticas de "pleno emprego" que, esgotadas em sua capacidade de legitimar o processo de acumulação acelerado, tornam-se elemento gerador de desgaste para o sistema político.

O autor igualmente exemplifica a expansão dual caracterizada pela seletividade divergente, recuperando questões em evidência com o esgotamento do ciclo de legitimação caracterizado pela política social-democrata na Europa, e a tentativa de demarcação de novos limites para as exigências populares já consolidadas, na busca de um novo marco de legitimação, agora sob contornos neoliberais.

Concluindo-se pela pertinência da teoria proposta por Offe, que indica crises freqüentes pela não concordância dos movimentos de apoio à acumulação e de busca de legitimação, um novo elemento deve ser incorporado à análise do Estado: as estratégias de mudanças estruturais que atuam em antecipação às crises, tentando preveni-las quer como possibilidade, quer como impacto no caso de sua manifestação. Assim, inicialmente ao nível político-administrativo, movimentos de deslocamento de expectativas e responsabilidades do Estado para órgãos executivos internacionais (o Parlamento Europeu, o FMI, ONU), ou mesmo para instâncias estaduais e municipais parecem constituir-se em tática observada cada vez mais freqüentemente, incluindo-se neste caso o próprio desenvolvimento da política de saúde no período observado.

Da mesma forma, a necessidade dos Poderes Executivos de fugir à obrigações crescentes manifesta-se por exigências de privatização de serviços públicos e de maior austeridade monetária. Este padrão, observado em administrações liberais e conservadoras, tem seu correspondente nas administrações social-democratas nas tentativas de redução preventiva da intensidade dos conflitos através de reformas imaginadas como irreversíveis. A despolitização dos temas conflitivos e a radicalização da repressão política, esta última resultado do paradoxo social-democrata de monumentalizar a repressão e a disciplina como instrumentos de gestão parecem ser, segundo Offe, os dois extremos do espectro de alternativas estratégicas do Estado capitalista em sociedades desenvolvidas.

Com a afirmação de que o Estado não reduz sua complexidade, nem a sobrecarga que carrega pelas funções contraditórias que desempenha apenas com alterações constitucionais, Offe pergunta porque o Estado não degenera tendencialmente para regimes autoritários ou fascistas. A resposta estaria, segundo o autor, na ausência de qualquer outra alternativa prática para o programa constitucional das democracias liberais: as formas de dominação autoritárias e

fascistas incluem o risco de submissão absoluta aos interesses individuais incompatíveis com a dominação a longo prazo por um lado, e a possibilidade de dominação estatal autonomizada e sem relação com os interesses capitalistas globais por outro. A autonomia relativa do Estado democrático-liberal seria, assim, o ponto de equilíbrio possível, ou melhor, indispensável para a manutenção das relações de produção contemporâneas, já que mesmo à custa de novas contradições, ele supera a contradição entre produção social e acumulação privada, gerando ainda um interesse de classe (sistêmico) maior do que o dos interesses individuais capitalistas em estado livre. Entretanto, se o Estado não vive sem as formas democrático-liberais de organização política, a contradição apontada entre interesses econômicos e de legitimação sugerem que ele também não sobrevive com elas.

Apesar de completamente calcada em experiências "desenvolvidas", o levantamento de um instrumental metodológico que dê conta do caráter de classe da ação estatal é a contribuição concreta que Offe oferece para a análise setorial que a presente pesquisa pretende realizar.

Os apontamentos do autor em relação às estratégias do Estado relativos à prevenção de crises como um terceiro elemento identificável da ação estatal parece especialmente adequado ao escopo deste trabalho. Neste caso, a reorganização do Estado após longo período sob regime autoritário-burocrático e que incorporaria a introdução dos princípios de um modelo de saúde com contornos universalistas - o Sistema Único de Saúde - no arcabouço jurídico do país, poderia ser entendida como estratégia de um governo de inspiração social-democrata (a Nova República), que tentava com uma política reformista setorial manter a "estabilidade" ao nível das relações de produção com demandas de nova ordem. Gramsci³⁶ chamaria este processo de "revolução passiva" ou de "restauração progressista", flagrando o caráter restrito das mudanças propostas em momentos sociais críticos, por representantes reciclados do mesmo estrato recém desestabilizado pela dinâmica social. É interessante salientar que Offe acusa a social-democracia de uma dinâmica radicalizante específica, com o uso exacerbado e ampliado da repressão e da disciplina, o que parece ter acontecido com o SUDS, ao institucionalizar a participação popular em instâncias burocratizadas e onde o controle social é definido pelo Estado na justa medida em que não interfira nos interesses de valorização existentes ao nível industrial ou de prestação de serviços. Mesmo ao nível institucional, onde mais poderia alterar a lógica de poder, a relação autoritária entre as esferas de governo federal, estadual e municipal, com nítido predomínio dos

³⁶ GRAMSCI, A. *Quaderni*, pp. 1324/25, apud COUTINHO, C.N. *Gramsci. Um estudo sobre seu pensamento político*. Rio de Janeiro, Campus, 1989.

interesses do primeiro, acabou por restringir significativamente a perspectiva de mudança.

O desenvolvimento inicial da teoria da seletividade, especialmente quanto aos não-eventos excluídos da atenção institucional, foi privilegiado na análise da implantação do Sistema Único de Saúde de Santa Catarina, especificamente por dar conta da impressão generalizada de que o governo do estado, naquele período crítico para o encaminhamento do projeto, ter se pautado pela omissão sistemática em relação ao rol de responsabilidades sugerido pelo seu novo papel político-administrativo.

Neste caso, os não-acontecimentos produzidos pelo Estado, atuando na realidade social, provocaram, ao mesmo tempo em que o Estado assumia no discurso a responsabilidade de prover condições de reprodução social mínimas para o conjunto da sociedade, a expansão de um espaço de acumulação setorial privado que tornou o SUS concretamente um modelo de assistência segmentado e mais identificado com uma política social compensatória do que com uma redefinição da relação do Estado com a sociedade favorável às maiorias.

Finalmente, as manobras de ocultação referidas pelo autor para as atividades do Estado, que exigem ações de de legitimação permanentes, deram conta, ao longo da presente pesquisa, do desvelamento do conteúdo concreto do discurso clássico da "prioridade" aos setores sociais: a intervenção setorial é assumida como mera reparação da força de trabalho para retorno ao processo de produção, ou, em outros termos, o privilegiamento da forma-mercadoria que o corpo assume enquanto portador de patologia a ser trabalhado em um processo absolutamente desvinculado das necessidades cotidianas dos indivíduos e da comunidade ao qual o mesmo está inserido.

3.3. Patrimonialismo.

Patrimonialismo é um conceito weberiano clássico resgatado por Faoro³⁷ para caracterizar as relações arcaicas que dominam a relação Estado-sociedade no Brasil. O seu aproveitamento neste trabalho tem o objetivo de compor um mosaico que, juntamente com a base teórica de cunho histórico-estrutural aqui privilegiada (Gramsci e Offe especialmente), possa dar um sentido mais completo à realidade apresentada nos capítulos seguintes deste trabalho.

³⁷ FAORO, Raymundo. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. Vol. I/II, Rio de Janeiro, Globo, 1989.

Weber³⁸ entendia por *dominação patrimonial* toda a dominação primariamente orientada pela tradição, mas exercida em virtude de um direito próprio, como normas ou disposições legais.

O conflito do patrimonialismo com a "economia racional", característica da moderna administração, segundo Weber³⁹, derivou-se da incompatibilidade do segundo com a forma tradicional com que se definia a natureza e amplitude das fontes tributárias diretas, e da própria liberdade/arbitrariedade da autoridade na indicação de direitos, carga tributária e formação de monopólios. A incerteza quanto ao cálculo da carga fiscal da atividade lucrativa privada, a duração dos dispositivos legais instituídos, a ausência de quadros formais na administração e a prática habitual do suborno impediam a previsibilidade necessária para expansão das atividades vinculadas à livre iniciativa. O vínculo do patrimonialismo com a cultura, a ética e a utilidade legitimadora da ação administrativa, contrapondo-se à racionalidade orientada pelo direito dos juristas, foram igualmente regiões de conflito com as práticas administrativas burocráticas modernas.

Por todos estes atritos, floresceram sob o patrimonialismo o capitalismo comercial, o capitalismo de arrendamento de tributos e cargos, o capitalismo de Estado e de financiamento de guerras. Em certos casos, viscejaram igualmente o capitalismo colonial e o de plantação (*plantation*). O patrimonialismo se revestiu em algumas situações, como recém colocado, de caráter monopolista, cobrindo suas necessidades com atividades lucrativas, com direitos e com tributos, truncando de certa forma o desenvolvimento de relações livres de mercado.

A empresa lucrativa, sensível à irracionalidade da justiça, da administração e da tributação, perdendo a calculabilidade, não prosperou sob esta forma de dominação, na exata medida em que o espaço público, transformando-se em espaço de privatização de lucros, colocou-se como forma de acumulação preferencial e excludora potencial de todas as outras formas de concorrência.

Uma organização estatal patrimonial é entendida, desta forma, como aquela que se organizou politicamente de forma análoga à que condicionou o poder doméstico dos soberanos⁴⁰. Em geral este tipo de dominação se deu sobre territórios distantes, no qual o soberano não podia se utilizar da coerção física, submetendo tais regiões, desta forma, apenas ao seu domínio político.

A dominação patrimonial teve origens na dominação patriarcal, na qual os súditos tinham uma relação familiar com o senhor. No caso do Brasil, os termos "pai do povo", "filhos da nação", etc, de utilização corrente, parecem demonstrar, pelo

³⁸ WEBER, Max. *Economia y Sociedad - Esbozo de sociología comprensiva*. Cap 3, Pag. 170-212. México, Fondo de Cultura Económica, 1964.

³⁹ Idem, *ibidem*.

⁴⁰ Idem, *ibidem*, pp 753-809.

menos ao nível ideológico, a existência do vínculo entre a herança patrimonial e a sua raiz mais remota, a patriarcal.

O soberano, na medida em que necessitava exercer certo grau de controle sobre os territórios extra-patrimoniais, designava escravos e servos, cuja submissão era absoluta, para o exercício de sua representação. Posteriormente, com a revolta dos súditos livres, que consideravam afrontoso homens não-livres dominarem os livres, o soberano passou a escolher pessoas familiares, desde que tivessem relação de dependência semelhante aos servos, garantida pelo pagamento e/ou cessão de terras e bens do soberano. Com o tempo, estes representantes do soberano assumiram status de cavaleiros, alterando seu relacionamento com a Coroa, que não mais podia pedir-lhes tudo. A homogeneização destes cavaleiros do soberano em um estamento com normas e direitos, retirou gradualmente do soberano o poder de afastar ou nomear os seus membros, especialmente após a criação, sob várias denominações, de "ordenanças", que sob a proteção de direitos de serviço, tornaram-se uma comunidade jurídica de "companheiros".

"A estereotipação e apropriação monopolizadora dos cargos por seus titulares criou o tipo *estamental* de patrimonialismo."⁴¹

A *dominação estamental*, neste sentido, foi uma das formas de administração historicamente identificadas com o patrimonialismo, que aliava às características já citadas a apropriação de determinadas funções e poderes por quadros administrativos homogêneos: categorias sociais, hereditárias ou vitalícias. Esta apropriação se dava na forma de ocupação, posse ou usufruto de cargos e suas possibilidades lucrativas, meios administrativos materiais e mesmo de poderes políticos pelos *indivíduos* do quadro administrativo.

Weber⁴² cita ainda o arrendamento, a prenda, a venda, os privilégios condicional ou incondicionalmente outorgados, a doutrina e a apropriação vinculada a espaços conquistados por associações, como bases justificadoras da apropriação *individual*.

A renda dos servidores patrimoniais, nas formas históricas estudadas por Weber, tinha origem nas transferências diretas feitas pelo soberano, na participação sobre o patrimônio do outorgante, na cessão de terras de serviço, na apropriação de rendas futuras prováveis ou mediante feudos.

Em quase todos os casos, a apropriação se dava de modo a que se transferiam recursos economicamente prováveis (e públicos), para a esfera particular e privada.

⁴¹ Idem, *ibidem*, p. 773.

⁴² Idem. *ibidem*.

Ao cargo patrimonial, em síntese, sempre faltou a distinção entre o espaço "privado" e o "oficial", contíguos mas absolutamente distintos na administração "racional", já que a administração política era vinculada pessoalmente ao soberano. Mesmo as atribuições desses cargos sempre dependiam do capricho dos governantes. À medida que se estereotipava o modelo de dominação patrimonial (ver abaixo), mais obscuras se tornaram as fronteiras entre os assuntos públicos e privados, entre o patrimônio público e o particular, e entre atribuições senhoriais públicas e privadas.

A manutenção dos funcionários patrimoniais, inicialmente definida conforme o livre arbítrio do soberano, com a complexidade da administração passou a ser uniformizada na forma de *prebendas* e *feudos*. As primeiras, que davam reconhecimento de um direito fixo ao cargo, e portanto a uma apropriação privada de um bem público, se davam na forma de *congruas* (participação vitalícia na forma de mantimentos dos depósitos da Coroa), *emolumentos* ou *benefícios*, em geral vinculando valores extra-patrimoniais ao cumprimento de determinadas tarefas, ou *terras*, neste caso similarmente aos *feudos*, designando áreas para usufruto. As duas últimas tendiam a independizar os funcionários do soberano, gerando inclusive direitos de hereditariedade. As *sinecuras*, pagamento de terceiros para a aquisição de cargo já adjudicado a cavaleiro, neste sentido, dão a idéia da autonomização dos privilégios e sua transformação em objeto de troca.

É interessante notar que o caráter centrífugo e descentralizador das prebendas, reforçado pelas distâncias que separavam os funcionários da Coroa, mais do que racionalização, foram distorções do modelo patrimonial, tendo sido combatidas repressivamente pelos soberanos ou, no caso de tesouros fortes, controlados pela recompra dos cargos e sua substituição gradual por uma nova administração mais dependente do poder central. Outra forma de controle da administração patrimonial instituída pela Coroa foi a divisão de funções, em geral isolando as militares das civis. No final do período de dominação patrimonial, e este também foi o caso do Brasil, muitos membros de classes ascendentes foram nomeados *juizes de paz*, confrontando-se com a nobreza detentora de cargos. Este mecanismo constituiu-se em uma forma de cooptação das classes subordinadas pela nobreza, pressionada ante o avanço das forças capitalistas em formação.

A tensão permanente entre a perspectiva de dominação do soberano e a possibilidade da autonomia dos poderes locais se constituiu em um polo dinâmico de produção de relações sociais, contribuindo para a superação desta forma de dominação a partir do gradual fortalecimento dos poderes locais e, assim, também da sociedade civil, gradualmente acumulada de poder e bens que a autonomizavam do soberano e a habilitaram a novas formas de dominação política.

A hipótese defendida neste trabalho é a de que as características patrimoniais da administração setorial foram tão regulares durante o período observado que podem se constituir em um indício de que as mesmas se mantêm vivas no cotidiano da relação Estado-sociedade, constituindo mesmo uma matriz que contextualiza as demais forças que por ali transitam em busca dos seus interesses. Com este entendimento, este vínculo com o passado impediria a livre expressão das forças ditas modernas no cenário político brasileiro, cooptando inclusive os interesses do capital em torno de um pacto arcaico que suga a sociedade e privatiza o Estado sob o controle de um estamento corporativo-burocrático que trata o privilegiamento do capital como mais um privilégio entre outros outorgados a grupos com afinidades familiares, políticas ou de qualquer outra ordem. Em todos os casos, enfim, o Estado se vê parasitado e atrofiado como espaço privilegiado do interesse público.

3.4. Seguro social, seguridade social e cidadania.

Entre as políticas sociais clássicas, as políticas previdenciárias são sem dúvida as suas formas mais desenvolvidas nas sociedades ocidentais. Historicamente as estruturas político-administrativas da previdência social moderna se organizaram segundo dois modelos prevalentes: o modelo de seguro social e o modelo de seguridade social.

O *seguro social* pode ser sinteticamente entendido como uma forma de cobertura de danos ou eventos previsíveis ou fortuitos através de serviços e benefícios (assistência médica, aposentadorias, pensões...) apenas ao conjunto dos contribuintes que capitalizam o fundo com contribuições sistemáticas. As necessidades dos participantes são supridas com as disponibilidades existentes. Os sistemas de seguro social são normalmente orientados por concepções político-ideológicas liberais-corporativas e tem sua expressão mais concreta na previdência social norte-americana. Estes sistemas modernamente tem se pautado por uma lógica atuarial de capitalização individual, cabendo a cada participante, no momento da aposentadoria, apenas o produto capitalizado do que contribuiu, valor negociado individualmente a partir de um piso básico, acrescido dos ganhos decorrentes da administração financeira destes recursos. No caso da assistência médica, cada novo risco segurado corresponde ao cálculo de um novo prêmio, tornando em geral extremamente elevadas as contribuições dos participantes destas modalidades de previdência social. O regime de repartição, necessariamente incorporado ao universo segurado, neste caso assume caráter meramente formal.

A *seguridade social* pode ser entendida como a institucionalização da assunção pelo Estado da responsabilidade redistributiva configurada no provimento de um conjunto mínimo e mais ou menos equitativo de bens e serviços sociais,

conforme a sociedade considerada, a todos os seus integrantes. O seu desenvolvimento se vinculou à emergência, na Europa do pós-guerra, de governos afinados a uma proposta política de cunho social-democrata e econômica de inspiração keynesiana. Em suma, a ênfase na adoção de políticas de intervenção estatal minimizadoras das crises cíclicas do capital colocou o Estado na posição de provedor de bens e serviços na área social que aproximaram a sua atuação da função de concretizador do ideal de cidadania social, que pressupõe a existência "do direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança, e ao direito de participar, por completo, da herança social"⁴³. Este papel foi assumido, é bom ressaltar, em um contexto de reconstrução social favorecido pelo Plano Marshall, no qual a pressão decorrente de volumosas demandas sociais tendo como pano de fundo o espectro do socialismo exerceram papel relevante. Atuariamente o regime de repartição é levado às suas últimas conseqüências nos sistemas de seguridade social, sendo normalmente suportados por repasses financeiros decorrentes dos impostos gerais recolhidos pelo conjunto da sociedade. A seguridade social tornou-se a partir da década de cinquenta o instrumento viabilizador e concretizador da noção de cidadania auferida pelas sociedades que a institucionalizaram, ampliando ao mesmo tempo os mercados internos e alavancando um longo período de expansão capitalista.

Segundo Marshall⁴⁴, a cidadania pode ser dissecada, identificando-se nela três elementos constitutivos:

- a. o civil, representado pelo direito à liberdade individual, de ir e vir, de imprensa, pensamento, fé, propriedade e de justiça;
- b. o político, entendido como o direito de participar do exercício do poder político como membro de um organismo investido de autoridade política ou como eleitor dos membros de tal organismo;
- c. e o social, que em suma corresponde a um pacto social no qual parte das riquezas públicas é equitativamente (re)distribuída na forma de bens, serviços ou complementação de renda, de tal forma que nenhum membro da sociedade considerada vive abaixo de determinado padrão, sendo as instituições da seguridade social responsáveis pela suplementação das necessidades não atendidas pelo livre jogo do mercado.

A seguridade social pode ser observada concretamente na organização das estruturas previdenciárias da Europa ocidental.

Teixeira⁴⁵ sugere que a análise da crescente intervenção do estado através das chamadas políticas sociais requer que se compreenda o desenvolvimento da

⁴³ MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro, Zahar, 1967, pp. 57-220.

⁴⁴ Idem, *ibidem*.

⁴⁵ TEIXEIRA, Sonia Fleury. *op. cit.* pp. 20-21.

cidadania no Estado Moderno, que configurou padrões de direitos sociais próprios a cada nação. A cidadania seria, ao nível político, a abstração necessária à constituição, fundamento e legitimidade do poder político. O conceito de cidadania incorporaria, ainda segundo esta autora, a igualdade formal entre os indivíduos isolados, negando contudo a existência de atores sociais coletivos e os interesses antagônicos que permeiam as relações das classes sociais. A cidadania seria, portanto, essencial para a construção da ideologia liberal do Estado enquanto representação do interesse coletivo, possibilitando e sendo condição para a própria reprodução das relações sociais de dominação. Entretanto, a cidadania pode representar mais do que a mistificação da relação de igualdade burguesa, assim como o Estado é mais do que apenas instrumento de dominação burguesa. Entendido no seu desenvolvimento e na perspectiva teórica privilegiada neste trabalho, o reconhecimento dos direitos vinculados à noção de cidadania foi também essencial para a constituição, organização e a luta histórica das classes dominadas e importante elemento que deu sentido amplo para as próprias propostas da reforma sanitária no país.

3.5. A reforma sanitária e o SUS

O Sistema Único de Saúde 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.

O modelo preconizado para este novo sistema de atenção foi desenvolvido a partir dos anos setenta por um conjunto de forças sociais identificados com as questões sanitárias, seja por militarem no setor, como foi o caso dos profissionais de saúde ligados aos serviços públicos municipais e estaduais, seja por teorizarem no interior do aparelho formador, como os intelectuais da saúde preventiva, ou por trabalharem no aparelho burocrático de Estado com uma visão publicista da atuação estatal. O conteúdo das propostas setoriais colocadas à discussão pública no decorrer da década de 70 tiveram em comum o resgate de projetos e questões que faziam parte do debate setorial até a instalação do regime militar em 1964. Exemplo disso foi a pauta de propostas e debates ocorrida na IIIª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1963. Estas temáticas, suprimidas pelo corte burocrático-autoritário da revolução de 1964, voltaram a fazer sentido quando se tornou clara a crise estrutural do sistema previdenciário brasileiro no final dos anos 70.

A discussão da questão saúde no Brasil, por conta disso, teve uma trajetória mais ou menos paralela à de outras lutas empreendidas em torno de questões sociais mais gerais, como foi o caso da redemocratização da sociedade. 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 das demandas de saúde da população poderia avançar e tornar-se mesmo revolucionária, ou seja, abalar a correlação de forças e as relações de poder na sociedade, em geral na direção de uma sociedade socialista. Parcela significativa do "movimento sanitário" tinha vínculos orgânicos com o Partido Comunista Brasileiro até meados dos anos 80. O movimento objetivava, de forma explícita, "a formulação de um projeto de transformação do sistema de saúde e das condições de saúde da população brasileira".⁴⁶ Fleury também indicou o caráter de mudança estrutural a que se propunha a reforma sanitária:

"o conceito de 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"⁴⁷

Gerschman⁴⁸ anota ainda que as propostas alternativas para as políticas existentes assumidas pelo movimento incluíam:

1. o privilegiamento e a ampliação do financiamento do setor público com revisão da relação entre este e o setor privado contratado;
2. alteração do modelo médico-assistencial, com a integração, unificação e descentralização da gerência dos serviços de saúde em cada esfera de governo;
3. prioridade à assistência ambulatorial, universalizando a cobertura e dando integralidade à prestação dos serviços;
4. a participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde.

A proposta da Reforma Sanitária e do SUS correspondeu à explicitação de um projeto societário contra-hegemônico⁴⁹ que se propôs a alterar o encaminhamento histórico relacionado às políticas de saúde no país, sistematicamente privilegiadoras das ações de saúde individuais, curativas, médicas e crescentemente dependentes de tecnologia, secundarizando por seu lado as ações de saúde pública, entendidas aqui como ações e atividades nitidamente dirigidas para intervenções que beneficiam o coletivo, as comunidades em geral e desta forma cada pessoa em particular. Esta

⁴⁶ GERSCHMAN, Sílvia. *Movimentos sociais em saúde: em busca da reconstituição do social*, ENSP, 1991, mimeo, p. 6.

⁴⁷ TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia(org). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. Cortez/ABRASCO, São Paulo/Rio de Janeiro, 1989, p. 39.

⁴⁸ GERSCHMAN, Sílvia, op. cit.

⁴⁹ O termo foi empregado em oposição ao conceito gramsciano de hegemonia, entendido aqui como um processo/relação de imposição de uma visão de mundo particular a um grupo social ao conjunto dos demais grupos sociais. No caso específico da saúde, a contra-hegemonia correspondeu ao projeto da Reforma Sanitária, que se contrapunha ao modelo de saúde dominante no período anterior: o modelo médico-assistencial privatista.

constatação é resultante de uma hegemonia clara no Brasil de projetos societários de base minoritária e/ou elitista em relação a outros projetos de sociedade, do qual o SUS foi uma fração constituinte, e que propuseram historicamente a incorporação da totalidade da população brasileira. aos benefícios da modernidade .

O encaminhamento histórico concreto da proposta do SUS e da Reforma Sanitária, neste sentido, em uma visão metafórica da estratégia revolucionária para a transformação social, teve o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, como o "braço civil" do movimento social, tendo como seu complemento um "braço estatal", representado pela ocupação do aparelho de Estado (MS, INAMPS e MPAS) por intelectuais e políticos ligados ao projeto de transformação setorial, especialmente a partir do ocaso do governo militar.⁵⁰

A proposta de saúde incorporada ao discurso da Nova República apresentava-se, assim, nucleada em dois espaços de articulação:

1. Ao nível político-jurídico, a reforma sanitária defendia o direito universal à saúde e a responsabilidade do Estado em provê-la, seguindo a linha da seguridade social europeia. Para tal, propugnou-se a modificação do arcabouço jurídico-legal que suportava o modelo médico-assistencial vigente, a descentralização com comando único dos serviços de saúde em cada instância de governo, e a sua discussão em uma conferência de saúde democratizada, na qual o conjunto das forças da sociedade civil organizada brasileira pudesse se posicionar.

2. Ao nível político-administrativo, um conjunto de delineamentos técnicos que davam operacionalidade ao projeto descentralizador se colocavam como capazes de recuperar a capacidade do sistema de saúde de reverter o quadro morbo-sanitário da população. Entre estes, tinham relevância propostas de reorganização da rede assistencial a partir da regionalização e a hierarquização dos serviços, e formulações dirigidas para a integralização das ações de saúde, propondo-se à superação das muitas dicotomias que gravavam o modelo vigente.

A Reforma Sanitária consolidou-se como uma bandeira assumida por amplos contingentes e forças sociais a partir da sua consagração na ampla e democrática discussão realizada durante a VIIIª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986.

O Sistema Único de Saúde ali definido, entre outras questões vinculadas a uma profunda Reforma Sanitária a ser empreendida no sentido de reverter as condições de vida indignas que assombravam a maioria da população do país, indicou como princípios doutrinários:

⁵⁰ DÂMASO, Romulado. Saber e práxis na Reforma Sanitária: Avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO, 1989, p. 88.

1. a **universalidade**, entendida como o direito de todos os brasileiros à atenção de suas necessidades de saúde.

2. a **equidade**, assumida como a garantia de cobertura de ações e serviços de saúde de acordo com a necessidade que cada caso requeira, sem qualquer discriminação até o limite da capacidade que o sistema tiver para atender a todos. De forma mais simples, a equidade pressupõe o direito de cada um às ações de saúde necessárias à solução do seu problema de saúde. Ambos os princípios acima constituem parcialmente o que se chama de cidadania social, ou seja, o direito de todos os integrantes de uma sociedade de usufruírem de uma parte da riqueza produzida por esta sociedade no sentido de que ninguém no seu interior tenha consumo de bens e serviços (aqui incluídos educação, saúde, moradia, transporte, habitação, saneamento, lazer, salário, segurança no trabalho, etc) abaixo de um mínimo considerado consensualmente indigno ou insuficiente para a própria sobrevivência.

3. a **integralidade**, que representa⁵¹:

3.1. o reconhecimento do todo indivisível que cada indivíduo representa como complexo bio-psico-social, sendo inconcebível a fragmentação das pessoas em órgãos e o atendimento de necessidades parciais;

3.2. a necessidade de superação da compartimentalização produzida entre ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, resgatando-se o princípio básico de que o objetivo de toda e qualquer ação de saúde é a produção de benefício social e que a sua articulação aumenta estes efeitos com diminuição de custos;

3.3. a integração da rede de unidades produtoras de serviços de saúde em um sistema racional, incluindo em uma mesma lógica de atenção (baseada nas necessidades da população e não na dos serviços) as unidades ambulatoriais periféricas, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e os centros hospitalares;

3.4. o entendimento do ser humano como ser indivisível integrado a uma comunidade, com identidade cultural e de classe, o que o habilita a se investir, respeitado em sua natureza política, do papel de ator social coletivo e sujeito das transformações necessárias à construção de uma sociedade aspirada coletivamente.

As estratégias para a consolidação institucional do SUS foram propostas gradativamente desde as Ações Integradas de Saúde (ver no capítulo a seguir), sendo melhor delineadas com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e consolidadas na Constituição Federal e nas Leis 8080/90 e 8142/90, também chamadas de Leis Orgânicas da Saúde:

⁵¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Vol. 1 Brasília, 1990.

1. a **descentralização** da gestão dos serviços com comando único em cada esfera administrativa. Isto quer dizer que apenas um gestor público assumirá a responsabilidade de execução da política de saúde no nível federal (o Ministério da Saúde), no nível estadual (a Secretaria Estadual de Saúde), e em cada município (Secretaria Municipal de Saúde), com atribuições específicas para cada um deles. Para tal, cada um destes níveis se compromete a colocar recursos suficientes (no mínimo 10% do seu orçamento), transferidos para quem executa os serviços (principalmente os municípios), no sentido de garantir-se as condições materiais para o adequado funcionamento do sistema;

2. a **regionalização** e a **hierarquização** dos serviços. Isto significa que todas as unidades que produzem serviços de saúde serão organizadas de forma que as unidades básicas, os postos de saúde, se transformem em portas de entrada para todas as outras unidades e serviços da rede, também posicionadas de forma a que cada sistema regionalizado de saúde possa corresponder a uma pirâmide em cuja base estarão os postos de saúde de vários municípios; no centro da pirâmide estarão as policlínicas ambulatoriais de especialidade e de diagnóstico complementar, e no ápice os hospitais (que pode estar eventualmente em outro município), reservando-se os mesmos somente para os problemas que não forem resolvidos nos demais níveis e serviços de saúde. A definição desta rede de serviços, a população que fará uso dos mesmos, o tipo de ações e recursos tecnológicos e onde estarão disponíveis no sistema e os fluxos previstos para o movimento dos pacientes dentro do sistema conforme seus problemas de saúde chama-se tecnicamente de *modelo assistencial*;

3. a garantia de **resolutividade** ao sistema, a partir da identificação dos problemas de saúde prevalentes em uma comunidade e a qualificação da rede de serviços para resolvê-los. Espera-se que um sistema de saúde competente tenha resolutividade para resolver 80% das necessidades da população em seu nível básico, 10 a 15% em seu nível intermediário e 5 a 10% em seu nível superior em sua região de abrangência (ou distrito sanitário);

4. a **participação da comunidade** nas deliberações que digam respeito à formulação de políticas de saúde e no controle da sua execução, em cada nível administrativo do sistema. Para tal, a legislação definiu que esta participação se dará em Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (municípios, estados e União) nos quais os usuários terão metade dos assentos do mesmo e os prestadores de serviços (governo, prestadores privados e profissionais de saúde) a outra metade (*paridade*). Estes conselhos são de fato e de direito a maior instância de decisão do sistema de saúde, porque tem caráter *deliberativo*, sendo instâncias com atribuições que vão desde a fiscalização e controle dos projetos, da sua execução e dos recursos financeiros envolvidos com a administração da área da saúde, até a avaliação de seus

resultados. Através deles a comunidade e seus representantes indicam onde e como serão utilizados os recursos de saúde disponíveis para a solução dos problemas da população.

5. a complementariedade do setor privado na produção de ações e serviços de saúde quando identificada insuficiência do setor público para tal. Isto significa que na falta de serviços públicos para a prestação de serviços de saúde, poderão ser contratados prestadores privados de serviços até que o poder público possa supri-los, se for o caso. Estes serviços contratados serão parte integrante do SUS e subordinados aos seus princípios e normas legais através de *contratos de direito público*.

A reforma sanitária, finalmente, no entendimento de Mendes⁵²

"pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob a regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade, e que se construa permanentemente através do incremento da sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema."

O Relatório Final da VIIIª Conferência Nacional de Saúde⁵³ também colocou de forma sintética o conceito ampliado de saúde vinculado à proposta de reforma sanitária, e que se constituiu na sua base filosófica:

"A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida"⁵⁴.

A proposta política da reforma sanitária propôs assim a substituição das práticas de cidadania regulada, instrumentalizadas pelas políticas sociais compensatórias, para uma incorporação ampla, no plano político, do conceito de cidadania plena, no qual o acesso de um conjunto de bens e serviços se dá de forma indiscriminada a todos os indivíduos e grupos sociais através da atuação reguladora do Estado.

⁵² MENDES, Eugênio Vilaça (org). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1993, p. 42.

⁵³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da VIIIª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. Brasília, 1986. pp. 381-389.

⁵⁴ Idem, *ibidem*, p. 382.

O Sistema Único de Saúde, com estes princípios e diretrizes, na verdade se constituiu em uma proposta de mudança completa das práticas políticas setoriais e do próprio entendimento do que é saúde, reduzido até então ao seu componente biológico. Com o SUS, a saúde passou a ser entendida, inclusive no discurso legal, como resultante de um complexo conjunto de fatores ambientais, socio-econômicos, culturais e biológicos determinados em última instância pela posição de classe que cada indivíduo e/ou grupo social ocupa na organização da sociedade. A superação destas determinações elimina a perspectiva de que se alcançará a melhoria das condições de saúde da população apenas com ações de saúde. Passa a ser obrigatório agir sobre estas determinações sócio-econômicas já identificadas, o que significa dizer que os investimentos sociais na melhoria das condições de vida e saúde na forma de saneamento, habitação, alimentação, emprego, salário digno, educação, transporte, lazer, etc. são em última instância ações no campo da promoção da saúde. Isto implica em dizer que para se alcançar melhor condição de saúde é necessário atuar fora do setor saúde assim como ele está hoje organizado. Dentro do setor saúde, a prioridade dos serviços de saúde deverá ser para a produção de ações *de saúde*, ou seja, que se dirijam de fato à eliminação de riscos à saúde das pessoas. Hoje, as ações de saúde (melhor seria chama-las *ações de doença*) se dirigem para as doenças somente após elas terem gerado sofrimento nas pessoas, o que significa dizer que o modelo médico-assistencial não tem competência para diminuir o "estoque" de doenças, no máximo servindo (e apenas quando isto for possível) para aliviar suas conseqüências.

Esta nova concepção de modelo assistencial exige uma aproximação permanente das unidades de saúde em relação à população que vive em volta delas. A discussão e a identificação, com a população, dos riscos e carências mais importantes para a comunidade indicarão também a forma e como deverão ser os mesmos enfrentados. Os serviços de saúde poderão ser, assim, os núcleos que apoiarão a organização da comunidade para exigir água potável de qualidade, saneamento básico, recolhimento do lixo, controle ambiental, programas de suplementação alimentar a crianças desnutridas, gestantes e desempregados, programas de geração de renda com profissionalização de mão de obra não-ocupada ou não-treinada, construção de creches, áreas de lazer, bibliotecas, feiras de folclore, busca ativa de crianças com vacinação em atraso, melhoria de habitações e de sistemas de drenagem, orientação comunitária sobre assuntos diversos, transporte coletivo, etc.

As propostas do SUS e da Reforma Sanitária na realidade não correspondem a uma proposta acabada, mas a um processo longo e sem limites conhecidos, significando de fato a exigência de uma mudança profunda nas práticas hoje dominantes na área da saúde, propondo-se a contribuir para a superação da dramática

realidade sanitária que infelicita milhões de brasileiros e que vivem uma cidadania de segunda classe, excluídos dos benefícios gerados pela riqueza produzida por toda a sociedade.

4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil tem se caracterizado historicamente como um processo de permanente tensão entre um modelo de seguro-social e um modelo de seguridade social, em torno da qual se construiu concretamente o sistema público de saúde hoje existente⁵⁵.

Recuperando as raízes históricas da constituição do aparato médico-assistencial norteado pela evolução e desenvolvimento das políticas de saúde, e privilegiando aqui especificamente a análise das estruturas assistenciais previdenciárias no país, pode-se afirmar que até os anos 20 deste século o país viveu uma fase liberal ortodoxa no que diz respeito às questões de saúde: o Estado desconhecia o setor, deixando o espaço da assistência para o trabalho de ordens religiosas e instituições de caridade no tocante à assistência médica. O Estado neste período assumiu autoritariamente, inspirado no modelo da polícia médica alemã, apenas as questões de saúde coletiva, incorporando uma tecnologia que tinha conotação reduzida a ações de "engenharia sanitária". O interesse do Estado se voltava para ações de saneamento dos corredores de interiorização das atividades econômicas e para a urbanização das áreas portuárias atingidas por endemias e moléstias infecto-contagiosas que, pelas sua gravidade, abalavam inclusive a continuidade do processo de exportação agro-cafeeiro. O "sanitarismo campanhista" assumido pelo Estado ao longo do século teve nesta prática higienista inicialmente de corte pasteuriano e posteriormente de cunho disciplinador sua origem histórica. A forma de atuação do Estado a partir deste período apresentou forte corte centralista e estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social.⁵⁶

A necessidade de garantir a reprodução da força de trabalho que se concentrava nas cidades em torno de novos polos industriais e se organizava social e politicamente pressionando pela atuação do poder público, inclusive com a estruturação autônoma de sistemas assistenciais por local de trabalho, levou o Estado a regulamentar as Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAPs, em 1923, embrião da previdência social brasileira. A sua incorporação aos Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAPs, já organizados por categoria profissional a partir de 1932, e o seu

⁵⁵ GALLO, Edmundo. *A Saúde como Questão Social no Brasil: a constante tensão entre um Modelo de Seguro Social e um Modelo de Seguridade Social*, ENSP, 1992, (mimeo).

⁵⁶ LUZ, Madel Terezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil da transição democrática - anos 80. In: *PHISIS*, (1): 77-96, 1991.

desenvolvimento, deu-se par e passo com o processo de industrialização brasileiro, produzindo-se um período acelerado de ampliação do modelo de seguro social, sustentado pela capitalização dos recursos originários de suas três fontes de financiamento (empregados, empregadores e o Estado), aliado ao contingente relativamente jovem de contribuintes e o estreito espectro de benefícios disponíveis.

A partir de 1945, com o fim do Estado Novo e a influência do modelo de seguridade social europeu, o Brasil viveu um período dominado por uma "seguridade social regulada", no qual o Estado exercitou práticas de legitimação social através de mecanismos de regulação da cidadania, simbolizada principalmente pelo acesso aos bens e benefícios oferecidos pela previdência social através dos IAPs.

O acelerado processo de industrialização e de urbanização ocorrido no período produziu uma massa operária que passou a ser atendida diretamente pelo sistema de saúde, com o objetivo de manter em disponibilidade para o processo de produção a capacidade laborativa do conjunto da força de trabalho. O saneamento do espaço de circulação de mercadorias, até então o objeto privilegiado da saúde pública, passou a se constituir em ação de interesse secundário como estratégia de intervenção no corpo social. O Estado, através da atenção médica, passou a se ocupar agora do corpo individual da massa trabalhadora.

O golpe de 64 e a estruturação de um Estado Autoritário-burocrático⁵⁷ hegemonizado por uma coalizão internacional-modernizadora, produziu uma política econômica cujas bases foram a centralização dos recursos na União, o controle do déficit público e a criação de fundos específicos não tributários para atender demandas de políticas setoriais. Isto levou a importantes repercussões na área previdenciária, com a exclusão dos trabalhadores da gestão das instituições do setor e a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAPs, no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, em 1966.

O modelo previdenciário implantado pelo governo militar, em relação às políticas de saúde a ele vinculadas, se caracterizou a partir deste período, por⁵⁸:

a) extensão gradual da cobertura previdenciária, abrangendo a quase totalidade da população urbana e rural;

⁵⁷ O termo foi empregado por O'DONNELL no sentido de caracterizar um Estado (a) dominado por uma burguesia oligopolizada e transnacionalizada; (b) tem peso decisivo "grupos de restauração da ordem" e de "normalização" da economia; (3) a dominação se dá pela exclusão e desmobilização política dos setores populares até então organizados; (4) suprime direitos da cidadania; (5) exclui economicamente setores populares concentrando a renda; (6) encaminha uma transnacionalização da estrutura produtiva; (7) propõe a despolitização das questões sociais e o seu tratamento racional e técnico; (8) restringe o processo democrático eleitoral. COLLIER, D. *O Novo Autoritarismo na América Latina*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982, pp. 273-275.

⁵⁸ OLIVEIRA, Jaime e TEIXEIRA, Sonia Fleury. *(Im)Previdência Social. 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1986, pp. 207-215.

b) opção pela medicina curativa, individual, especializada e centrada nos hospitais, em detrimento de ações de saúde pública;

c) criação, através da intervenção do Estado, de um complexo médico-industrial privado vinculado à produção de equipamentos e fármacos;

d) o desenvolvimento de um padrão de prática médica orientada para o lucro, capitalizando o setor pelo privilegiamento do produtor privado de serviços.

Estes novos interesses contemplados pela ação do Estado inauguraram um período de privatização anárquica da previdência, entendendo-se aqui anarquia como uma expansão desproporcional dos gastos, secundariamente ao crescimento desproporcional do setor privado contratado prestador de serviços em relação à base de financiamento. Este período, até o ocaso da fase de expansão econômica denominada de "milagre brasileiro", se caracterizou pela capitalização dos interesses privados do emergente segmento empresarial setorial, com crédito pesadamente subsidiado - o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, associado à contratação compulsória destes serviços pelo INPS através do Plano de Pronta Ação - PPA. O resultado deste processo de privatização acelerado foi uma impressionante expansão qualitativa e quantitativa dos serviços médicos, especialmente os privados, os hospitalares e os de maior densidade tecnológica. O impacto destes instrumentos de política podem ser medidos pela evolução dos leitos privados no país: em 1969 eram 74.543. Em 84 já eram 348.255, representando incremento de 465%. Da mesma forma, focalizando apenas o setor contratado pela previdência social entre 1971 e 1977, as internações cresceram 322%, as consultas 638% e os serviços de apoio diagnóstico 434%⁵⁹, fruto da intervenção estatal articulada com o setor privado cartorializado, desenvolvido à sombra de capital fixo pesadamente subsidiado, com reserva de mercado e baixo risco empresarial.

O modelo médico-assistencial privatista, expressão cunhada por Mendes⁶⁰, foi assentado, segundo este autor, em um tripé constituído por:

a) O Estado como grande financiador do sistema através da Previdência Social;

b) O setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica;

c) O setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

⁵⁹ Idem, *ibidem*, pp. 219-220.

⁶⁰ MENDES, Eugênio Vilaça (org). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1993.

O esgotamento político do regime e a falência financeira do modelo privatista, caracterizados respectivamente pela abertura lenta e gradual da arena política para novos atores sociais e pelos déficits crescentes nas contas públicas em âmbito nacional e internacional levou o Estado a estabelecer um novo arranjo institucional para o setor saúde, assumindo a ação da previdência um padrão que pode ser entendido como de privatização racionalizada a partir de 1975. Para tal, reformou-se o arcabouço legal setorial, consolidando-se as atribuições médico-assistenciais no Ministério da Previdência e Assistência Social, criado no ano anterior, e as ações de saúde preventiva no Ministério da Saúde através da criação do Sistema Nacional de Saúde - SNS⁶¹. A opção governamental, definindo-se por um sistema plural, a par de tentar compatibilizar os interesses setoriais evitando antagonismos, chancelou a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista, reservando-se as atividades não rentáveis para o Estado e as lucrativas para o setor privado intermediado pela previdência social. A base jurídico-legal da previdência dentro do SNS, de inspiração sistêmica, foi garantida pela criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS⁶², ficando o recém criado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS encarregado das ações médico-assistenciais; o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS das aposentadorias e pensões, e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS, do financiamento do sistema.

Além do esforço racionalizador, a conjugação da crise política e econômica acrescentou ao conjunto das políticas setoriais até então dominantes, a alocação de recursos marginais em projetos de expansão de cobertura a partir de serviços de baixa tecnologia e desarticulados do restante do sistema médico-assistencial já constituído, em uma nítida manipulação da proposta internacional de cuidados primários em saúde em discussão no período e chancelada em Alma Ata, em 1978. A proposta tinha nítida intenção de expansão das ações assistenciais de baixo custo dirigidas para populações marginalizadas, aproximando-se a ação estatal da produção do que se denominou posteriormente de "políticas sociais compensatórias", entendidas como "formas alternativas encontradas pelo Estado para resolver a contradição existente entre as exigências político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o incremento de seus custos num quadro de crise fiscal"⁶³. O Estado foi novamente colocado na posição de reconhecer e legitimar diferentes graus de cidadania, oferecendo seletivamente políticas perpetuadoras da desigualdade, seja no plano espacial, seja no plano dos conjuntos sociais.

⁶¹ Lei no 6229 de 17 de julho de 1975.

⁶² Lei Federal no 6439/77

⁶³ MENDES, op. cit. p. 26.

Ações com este eixo, entretanto, foram as fissuras pelas quais puderam ser testadas e aperfeiçoadas propostas gestadas por um heterogêneo conjunto de forças sociais nucleadas nos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades brasileiras, conformando-se gradativamente um conjunto de experiências municipais inovadoras e de valores compartilhados por diferentes profissionais, intelectuais e políticos vinculados ao setor saúde. O Movimento Sanitário, base político-ideológica da Reforma Sanitária, estava se constituindo à sombra do Estado em crise.

A história até aqui delineada levou o sistema de saúde brasileiro a conformar-se de forma segmentada, constituindo-se de vários subsistemas, cada um encarregado da cobertura de diferentes grupos sociais mais ou menos contemplados pelas políticas do Estado. Na base deste sistema, em forma de pirâmide, encontrava-se o subsistema estatal, constituído pelos serviços e unidades de saúde vinculadas ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais e municipais de saúde, em geral oferecendo procedimentos médicos simplificados e ações de saúde pública destinadas à cobertura das parcelas marginalizadas do processo de desenvolvimento econômico.

O centro da pirâmide era constituído pelo subsistema contratado e conveniado pela previdência social, conformado e dimensionado para o atendimento das parcelas economicamente integradas ao mercado de trabalho.

Finalmente, o ápice da pirâmide era ocupado por um ainda embrionário subsistema de alta tecnologia, no qual os hospitais universitários tinham papel relevante, secundados por grupos privados em crescimento, estimulados por tabelas de pagamento privilegiadoras dos procedimentos com maior densidade tecnológica e equipamento-dependentes.

Um subsistema ainda não desenvolvido na sua plenitude na década de setenta, produzido a partir dos incentivos público-previdenciários aos convênios-empresa institucionalizados desde 1964, viria a constituir-se em um importante ator social na década de 80: a medicina de grupo, representante dos interesses ainda embrionários de grupos empresariais vinculados à assistência médica supletiva no país.

Grupos de interesse vinculados a cada um destes subsistemas se tornariam os atores principais da arena setorial na década de oitenta.

O modelo assistencial médico privatista que dominou a década de setenta, colocado em um cenário de crise fiscal com importante repercussão na área previdenciária, contudo, a partir dos anos oitenta, foi colocado em cheque pela sua incapacidade de adaptação à nova realidade política e econômica. Este modelo,

caracterizado nos parágrafos anteriores, à análise de Teixeira⁶⁴, tinha intrinsecamente incorporado o paradoxo aparente de ter se desenvolvido exatamente quando maior se fazia a intervenção estatal na área da saúde, se esgotando também pelo desgaste provocado pelo agravamento da realidade sanitária do país:

a) dominado por uma prática curativa, sofisticada e especializada, era incapaz de alterar um perfil de morbi-mortalidade pressionado por problemas facilmente evitáveis por medidas de caráter preventivo;

b) subproduto da falta de critérios na compra de serviços privados, era incompatível com a coordenação e planejamento da rede prestadora de assistência que se exigia em razão dos custos crescentes para a sua manutenção;

c) institucionalizado centralizadamente com dupla linha de comando em dois ministérios distintos, gerava ações descoordenadas, superpostas, descontrolado administrativo e perda de eficácia e eficiência da ação governamental.

A conjuntura da crise foi temperada neste período pela crescente insatisfação dos usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços com relação ao sistema em permanente desequilíbrio, tornando inevitável a sua reestruturação em bases agora contextualizadas por um quadro de crise política e econômica global, com importante repercussão ideológica, financeira e político-institucional sobre a previdência social.

O cenário da crise econômica se caracterizou pela explicitação da crise cambial, aceleração inflacionária, recessão e ruptura do padrão de crescimento acelerado que tinha marcado a economia no período anterior. No fundo desta crise, emergiu a crise orgânica do Estado burocrático-autoritário, mantenedor de um quadro social de profunda desigualdade na distribuição das riquezas tanto a nível individual como regional e que, acirrando as divergências entre os agentes econômicos, impossibilitou a superação dos conflitos distributivos através de acordos negociados politicamente. A incompetência arbitral do Estado exigiu a sua transformação, proposta encaminhada pelos mesmos grupos econômicos e sociais até então beneficiados pela sua ação cartorial e patrimonialista⁶⁵.

O aprofundamento da crise previdenciária acabou ocorrendo no início dos anos oitenta, se dando no bojo do cenário recessivo provocado em parte pelas próprias autoridades econômicas em decorrência de exigências do Fundo Monetário Internacional - FMI. Esta crise desmascarou o caráter apenas transitório do arranjo político implementado pelos governos autoritários na área previdenciária, que por um lado estimulavam a ampliação da cobertura de benefícios através do financiamento e compra de serviços privados, e por outro provocavam o estreitamento da arrecadação

⁶⁴ TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO, 1989, pp. 27-28.

⁶⁵ MENDES, Eugênio Vilaça. Op. cit., p. 32.

pela adoção das receitas ortodoxas do FMI. Esta crise financeira, secundária à política recessiva, colocou os recursos previdenciários destinados à assistência médica, os únicos imediatamente compressíveis, na linha de tiro das ações de contenção insinuadas no interior da administração pública. A redução dos montantes já partilhados com os múltiplos interesses contemplados pela política previdenciária acirrou de tal forma os grupos já beneficiados, que a explicitação de suas posições constrangeu inclusive a ação arbitrária da burocracia governamental, desenhando um novo mapa de poder no setor.⁶⁶

A arena política setorial, assim, em meio à crise, apresentou gradativamente e de forma cada vez mais clara os atores sociais e os projetos que constituiriam o substrato do processo-problema focalizado no seguimento deste trabalho:

a) o movimento sanitário, constituído por núcleos acadêmico-universitários, parte da burocracia federal com visão publicista do papel do Estado e profissionais de saúde vinculados aos serviços públicos municipais e estaduais, que buscava ouvidos para sua proposta contra-hegemônica de reforma sanitária;

b) o setor privado, fissurado pela posição defensiva da Federação Brasileira de Hospitais - FBH, acusada de fraudes, e pela estratégia da Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE, que se colocava como alternativa de custo zero para a crise previdenciária, inicia fragilizado a travessia da conjuntura de crise.

A incorporação concomitante, entre os quadros técnicos da previdência social, de membros e simpatizantes das propostas do movimento sanitário, também contribuiu para romper a aliança da burocracia tradicional com os interesses privados do setor, consumada até então através dos "anéis burocráticos"⁶⁷, negociações privilegiadas que se davam no interior do aparelho de Estado com favorecimento individual e coletivo de frações de classe empresariais do setor saúde.

Finalmente, a crise político-institucional acabou por levar o aparelho previdenciário à criação de uma instância gerencial encarregada de reorientar a política de saúde previdenciária, institucionalizada na figura do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP.⁶⁸

Este conselho indicou como saída para a crise um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social⁶⁹, que tornou-se, à falta de outras soluções de curto prazo, a política institucional do INAMPS, alterando o encaminhamento de algumas ações até então implementadas pela previdência social a partir da instituição de mecanismos de controle e avaliação sobre o sistema e por

⁶⁶ Idem, *ibidem*, p. 35.

⁶⁷ CARDOSO, Fernando Henrique. *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1980.

⁶⁸ Decreto Federal 86.329, de 2 de setembro de 1981.

⁶⁹ Portaria 3.062 do Ministério da Previdência e Assistência Social, de 23 de agosto de 1982.

medidas de incentivo à produtividade do setor público, além da equalização da atenção entre as clientela urbana e rural.

Das propostas do CONASP, o novo mecanismo de contas hospitalares - SAMHPS, com a instituição de corpo de auditores entre outros mecanismos de controle, e o Plano de Racionalização Ambulatorial, que instituiu mecanismos de articulação e integração da rede assistencial da previdência, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, foram rapidamente implementados.

Este Plano de Racionalização Ambulatorial, produzido sob cruzamento de várias influências internas e externas, possibilitou a incorporação de propostas alternativas e marginais até então descartadas pelas práticas oficiais do setor⁷⁰. Entre estas, destacam-se tópicos do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, a explicitação da crise ideológica da previdência social. Esta proposta, gestada por pessoal técnico-burocrático dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, tinha nítida inspiração nas proposições da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde patrocinada pela Organização Mundial de Saúde e a UNESCO em 1978 em Alma-Ata, na União Soviética. A atenção primária, participação comunitária, hierarquização dos serviços por níveis de complexidade crescente, integração interinstitucional, racionalização e otimização da rede e porta de entrada a partir do nível básico de atenção foram assim conceitos incorporados às propostas implementadas ainda no ocaso do regime autoritário no Brasil, sob o nome de Programa de Ações Integradas de Saúde - PAIS, do qual Santa Catarina foi seu beneficiário ainda em 1983. Este programa já incorporava diretrizes de integração interinstitucional centrada no poder público, integralidade das ações de saúde, regionalização dos serviços, definição de mecanismos de referência e contra-referência, utilização da capacidade pública instalada e descentralização dos processos administrativos e decisórios.

A perspectiva de mudança da política previdenciária ainda no ocaso do governo autoritário foi favorecida pela permanência da crise econômica, que acelerava a deterioração do quadro de sustentação política do governo, expressando-se em sua plenitude pela derrota da situação nos pleitos aos governos estaduais em 1982, reforçando as forças de oposição ao regime.

Em decorrência da reorientação da política previdenciária, experiências de gerência propiciadas por esse novo arranjo de cunho descentralizador começaram a surgir em vários pontos do país, produzindo um processo de realimentação e reforço das mesmas, com a constituição de importante contingente de profissionais de saúde

⁷⁰ Para leituras adicionais sobre a origem e o caráter epistemológico dessas correntes, ver AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva**. Tese de Doutorado, FCM, UNICAMP, 1975, mimeo; DONNANGELO, Cecília e PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, Duas Cidades, 1976.

afinados com os princípios cada vez mais claros que norteavam o movimento social pela reforma sanitária do país. É importante salientar que esta massa crítica se produziu ao longo de um amplo período de tempo que se iniciou em meados da década de setenta a partir de experiências municipalistas isoladas (Montes Claros-MG, Niterói-RJ, Londrina-PR), reforçadas operacionalmente por programas precursores como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, patrocinado pela previdência social no nordeste, e ideologicamente pelas discussões permanentes promovidas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, através de suas publicações e eventos.

O PAIS, importante bandeira eleitoral do candidato das oligarquias, Esperidião Amin Helou Filho em Santa Catarina, ajudou-o a vencer por estreita margem de votos o pleito de 1982. Trazido para Santa Catarina, injunções políticas fizeram com que fosse implantado apenas na região de Lages, apresentando solução de continuidade após dois anos de execução, causada principalmente por atritos setoriais na esfera estadual e pela sua superação, em nível nacional, pela redefinição que teve em suas cláusulas de financiamento⁷¹. A resistência até certo ponto justificada do estado de Santa Catarina à adesão ao novo convênio, conhecido como AIS - Ações Integradas de Saúde, só seria vencida em fevereiro de 1986⁷².

A transição democrática, que transferiu o poder para a coalizão política da Nova República, em 1985, indicou para postos-chaves da máquina previdenciária, militantes do movimento sanitário, que assumiram as Ações Integradas de Saúde - AIS como política oficial do setor previdenciário. As AIS foram reconcebidas como formulação estratégica dirigida para a redefinição do modelo de saúde do país em molde universalista, descentralizado, hierarquizado e integrado institucionalmente, em essência a proposta defendida pelo movimento sanitário e hoje institucionalizada pelo Sistema Único de Saúde - SUS⁷³.

A Superintendência Regional do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS em Santa Catarina, por seu turno, igualmente renovada pelos ventos da Nova República, teve seus novos dirigentes escolhidos entre membros também vinculados ao movimento sanitário, ator social articulador em nível

⁷¹ O convênio PAIS originalmente repassava recursos a partir de parâmetros de cobertura; os novos termos do convênio da AIS passaram a remunerar os serviços públicos por produção, diminuindo o montante repassado e reduzindo o setor público a mais um prestador de serviços contratado pela previdência, igualados em uma mera relação de compra e venda de serviços.

⁷² Convênio 5/86 -SC, publicado no D.O.U. no 35 de 21/02/86. p. 2809, Seção I.

⁷³ MPAS/MS/MEC/MT. Resolução CIPLAN no 06/84 e Portaria no 01 MS/MPAS/MEC de 7 de junho de 1985. A posição dos dirigentes do movimento sanitário no início da sua atuação na previdência foi expressa em MPAS/INAMPS. Assistência Médica na Previdência Social: O INAMPS na Nova República. Brasília, 1985.

nacional das propostas alternativas para a transformação da realidade sócio-sanitária do país.

Coerente com o projeto estratégico nacional, interessado na utilização das Ações Integradas de Saúde como um instrumento de reforço do setor público, a atuação do órgão em nível estadual foi tolhida neste propósito pela protelação do estado, que resistia à assinatura do convênio, só efetivado, como já citado, no início de 1986. Esta situação foi superada no estado pela iniciativa da Superintendência do INAMPS de firmar convênios diretamente entre o INAMPS e os municípios, isolando o estado em sua posição de resistência.

A transferência de recursos para os municípios selecionados para esta experiência produziu uma significativa expansão da rede municipal de serviços de saúde, em geral unidades básicas de saúde, capacitando paralelamente inúmeros administradores públicos em nível municipal a tratar com as questões gerenciais da área da saúde, competência esta até então concentrada na administração estadual do setor. O crescimento dos serviços municipais de saúde neste período ocorreu concomitantemente a uma impressionante expansão da massa crítica setorial, conjunto este majoritariamente articulado em torno dos princípios e diretrizes da reforma sanitária.

A par deste quadro dinâmico e positivo, as Ações Integradas de Saúde mantiveram os mecanismos convencionais que garantiam a hegemonia da União sobre os demais âmbitos administrativos pela imposição dos seus critérios, prioridades e restrições, além de difundir a cultura de atenção médica em serviços até então direcionados para as ações de saúde coletivas. É importante salientar ainda que este programa, apesar de inovador, não chegou a romper com práticas políticas clientelistas já institucionalizadas, tendo sido dirigido para grupos políticos afinados com as propostas federais ou mesmo como mecanismo de cooptação, especialmente até o final do período autoritário.

A proposta da reforma sanitária, apresentada em março de 1986 por ocasião da realização da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, considerada o evento político-sanitário mais importante da década, foi ali aclamada e consolidada, tornando-se a partir daí a bandeira de lutas dos setores progressistas em relação ao setor saúde.

Esta conferência merece ser ressaltada pelo amplo caráter político, ideológico e institucional que acabou assumindo, pelos conteúdos discutidos durante a sua realização, pela marca democrática com que foi desenvolvida, acolhendo milhares de delegados representantes de todas as forças sociais vinculadas à questão saúde, eleitos em fóruns semelhantes em municípios de todos os estados brasileiros, e

pelo seu sentido transcendente, processual e simbólico desempenhado na luta dos atores sociais identificados com a proposta⁷⁴.

Do ponto de vista estratégico, o movimento sanitário saiu unido e fortalecido da VIIIª Conferência, propondo a substituição da legislação que suportava o Sistema Nacional de Saúde por um novo aparato jurídico-legal que conformasse um Sistema Único de Saúde - o SUS, cujos princípios já discutidos anteriormente eram a universalidade do acesso, a integralidade das ações, a descentralização político-administrativa e a participação popular.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, convocada após o final da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, manteve os princípios do projeto consagrado na Conferência e deu forma definitiva à proposta de texto constitucional do movimento sanitário, preparando as armas para o novo *locus* privilegiado do embate político-ideológico em torno da consolidação do SUS: a Assembléia Nacional Constituinte.

No plano institucional, o aprofundamento das AIS promovido pelo aparelho previdenciário dirigido sob inspiração contra-hegemônica deixava clara a sua insuficiência como instrumento de superação do seu caráter original de política social compensatória e como projeto adequado para a alteração do ainda em vigência Sistema Nacional de Saúde.

As eleições de 1986, caracterizadas pela ampla vitória da Nova República em quase todos os estados em grande parte devido aos efeitos redistributivos do Plano Cruzado, acabou facilitando o projeto descentralizador em gestação no interior do aparelho previdenciário e que visava a institucionalização do novo modelo assistencial defendido pelo movimento sanitário.

O próximo capítulo procurará recuperar historicamente a emergência dos atores sociais envolvidos na construção do recorte histórico privilegiado por este trabalho, dando seguimento à proposta definida para o mesmo: esclarecer a dinâmica político-institucional do período focalizado e relacionada com a implementação da política de saúde assumida pelo governo federal e que gradativamente incorporava elementos do projeto da reforma sanitária.

⁷⁴ MENDES, Eugênio Vilaça. Op. cit, pp. 42-43.

5. CARACTERIZAÇÃO E DINÂMICA DOS ATORES SOCIAIS NO ESPAÇO SETORIAL: UMA VISÃO PARTICULAR DO CONFLITO NA ÁREA DA SAÚDE

A preocupação com a identificação e caracterização dos atores sociais que participaram da dinâmica histórica aqui privilegiada, objetivo deste capítulo, tem sua justificativa na identidade deste tipo de proposta com a já implementada pela maioria dos textos relacionados com a análise da implementação das políticas de saúde no Brasil desde o início da década de 80. A maioria destes trabalhos, assim como este texto, está alinhada ao pressuposto de que a sociedade se caracteriza pelo conflito de interesses, sendo as políticas públicas, entre outras coisas, o resultado do jogo de pressão imposto ao Estado por estas diferentes forças e interesses. Entretanto, é importante salientar um limite para este entendimento: a produção histórica não é completamente racionalizável nem garante a um projeto social, *a priori*, a sua plena concretização na realidade, mesmo se o mesmo estiver vinculado à acumulação de amplos recursos. A realidade tem mostrado muitas vezes resultados opostos aos que pretendiam os interesses em jogo para a sua definição. Este parece ser o caso da construção do Sistema Único de Saúde no Brasil em geral e mais especificamente em Santa Catarina: a partir do propósito de uma força social emergente, o movimento sanitário, inscreveu-se na Constituição as diretrizes para a constituição no país de um sistema de saúde público, universal e igualitário, nos moldes do sistema de saúde inglês. Paradoxalmente, o que se construiu na realidade foi um sistema de saúde crescentemente privado, excludente e segmentado, próximo do modelo liberal norte-americano.

Na perspectiva de um melhor entendimento da dinâmica do jogo social ocorrida no período privilegiado por este trabalho, a caracterização dos atores sociais presentes no espaço mais geral do setor saúde brasileiro e no espaço mais particular do estado de Santa Catarina buscou situar os diferentes interesses ali representados e os projetos que se enfrentaram em busca de hegemonia. Reconhece-se, portanto, na arena dos conflitos sociais que caracteriza uma sociedade assimétrica como a nossa, um espaço de análise possível para o esclarecimento do problema a que nos propusemos enfrentar: o esclarecimento do caráter político-institucional do processo de construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina.

O período estudado, é preciso reconhecer, foi particularmente rico em informações e registros que explicitaram claramente os interesses em conflito na área

setorial. Ficaram bem definidos o teor dos discursos, o conteúdo dos projetos e o perfil dos diversos grupos de interesse em luta no interior do setor saúde:

1. *os interesses empresariais vinculados à previdência social através de contratos e/ou convênios para a prestação de serviços médico-hospitalares*, que neste período se caracterizaram pela proposição freqüente de *lockouts* pontuais ou gerais, exigindo reajustes de diárias ou se negando à assinatura do contrato-padrão proposto aos hospitais e serviços contratados pelo INAMPS. A justificativa para tal era a de que os contratos "não concediam direitos, somente deveres"⁷⁵.

Este segmento, hegemônico até o final da década de setenta, pode ser caracterizado como relativamente dependente do Estado para a realização do seu lucro, já que se originou historicamente a partir de subsídios públicos (ver capítulo anterior), operando necessariamente a partir de convênios e/ou contratos de prestação de serviços sob regulação da previdência social. Este grupo de interesse empresarial sofreu diversos abalos a partir do início da década de 80:

- financeiramente, viu diminuir as transferências em razão da crise fiscal do estado e as repercussões da recessão do início dos anos oitenta no caixa da previdência social;

- politicamente, perdeu espaço relativo como prestador de serviços a partir da implantação do Programa de Racionalização da Assistência Ambulatorial implementado pelo INAMPS no bojo da "crise da previdência", que reduziu proporcionalmente o montante transferido para os prestadores privados em razão da reorientação dos mesmos para as Ações Integradas de Saúde - AIS;

- finalmente, os interesses privados se defrontaram com uma crise de credibilidade reforçada pelas frequentes denúncias de fraudes e desvios, colocando o segmento inteiro, representado em nível nacional pela Federação Brasileira de Hospitais - FBH, e em nível estadual pela Associação dos Hospitais do Estado de Santa Catarina - AHESC, em posição defensiva.

Exemplo do discurso dos interesses empresariais vinculados à prestação de assistência médica-hospitalar sob contrato ou convênio com a previdência pode ser flagrado quando da eleição da presidência da Associação dos Hospitais do Estado de Santa Catarina - AHSC. Nesta oportunidade o dirigente Diogo Nei Ribeiro expressou a posição da categoria, favorável a uma ampla reforma do sistema médico-hospitalar, com descentralização do poder de decisão. Ao mesmo tempo, a Associação questionava cláusulas do contrato "imposto" pelo INAMPS: responsabilização dos hospitais em relação à postura profissional de seus médicos (cobranças indevidas,

⁷⁵ Diário Catarinense, 25/03/87, p. 9; Diário Catarinense, 27/03/87, p. 5; Diário Catarinense, 31/03/87, p. 17; Diário Catarinense, 23/04/87, p. 8.

omissão de socorro...); intervenção estatal no caso de negligência ou de interesse público e falta de critérios de reajuste.⁷⁶

O tema das negociações entre o governo federal e o estadual visando a transformação setorial, tratado em editorial do Diário Catarinense⁷⁷, talvez tenha sido a mais clara explicitação das posições que polarizavam a discussão do tema, ao mesmo tempo em que explicitou a relação de dependência que havia entre a rede privada e o sistema público. Informando da possibilidade da administração conjunta (co-gestão) dos hospitais da Fundação Hospitalar, o artigo advertiu:

"mas espera-se que, efetivada, não venha ela a prejudicar a rede hospitalar privada, que representa 85% dos leitos disponíveis em SC, e igualmente em dificuldades devido à baixa remuneração oferecida pelo INAMPS para compensar diárias de seus segurados.(grifo do autor)"

Transparece neste momento, mais do que a inconformidade com o tratamento discricionário da rede privada pelo poder público, que por sinal não estava em questão, a dependência que se gerava entre uma parte da rede privada e as ações político-administrativas dirigidas para o subsistema público de atenção médica.

Para além do texto jornalístico, pode-se pensar em uma outra relação de dependência que se forjava entre o segmento moderno do subsistema privado conveniado e contratado pela previdência social e o sistema público, dependência esta mediada pela condição de que o funcionamento precário e ineficaz deste produzia condições de ampliação do mercado da atenção médica supletiva. Esta dependência, entretanto, se deu qualitativamente de uma outra forma, produzindo a autonomia do privado em relação ao público na medida em que aquele assumiu um espaço no qual os mecanismos de regulação do Estado se tornavam cada vez mais frágeis.

O ex-Presidente do INAMPS, Reinold Stephanes, vinculado historicamente à própria emergência do segmento empresarial do setor, pelo papel que assumiu em momento anterior como representante dos interesses liberais, tornou-se uma espécie de "intelectual orgânico"⁷⁸ desta facção inserida no interior do conjunto maior dos empresários privados do setor, defendendo a implantação no país de um sistema plural na área da saúde, "onde o mais eficiente ocuparia mais espaço". O discurso da eficiência, neste caso, denotava claramente um conteúdo favorável a uma proposta de regulação do setor pelo mercado, e portanto beneficiária de um segmento empresarial específico em crescimento, agora dependente não mais da ação direta do Estado, mas da sua omissão para agir e concretizar o seu projeto. De fato, a sua

⁷⁶ Diário Catarinense, 22/04/87, p. 20-21.

⁷⁷ Diário Catarinense, 13/06/87, p. 4.

⁷⁸ O conceito de intelectual orgânico aqui empregado é o de Gramsci, entendido como "a função de direção das idéias e aspirações da classe ao qual está organicamente vinculado". GRAMSCI, A. *Op. cit.*

viabilização efetivou finalmente, no final da década de oitenta, o sistema plural defendido pela iniciativa privada.⁷⁹

Por vários motivos, assim, no decorrer da década, os interesses liberais mais modernos, como os ligados a formas mais autônomas de produção dentro do setor, caso da Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Grupo - ABRAMGE, as cooperativas médicas, representadas fundamentalmente pelas UNIMED's, e os grupos financeiros envolvidos com formas diversas de seguro-saúde, entre outros segmentos ligados a formas de atenção médica supletiva⁸⁰, gradualmente foram produzindo um discurso diferente do até então conduzido pelo bloco privatista dependente de contratos, constituindo um novo bloco que construía o projeto que conquistou a hegemonia setorial no período de interesse da presente pesquisa.

Este segmento se forjou a partir da fratura do bloco hegemônico em crise, produzindo dois subsistemas de saúde com características diferentes: o primeiro, mais dependente do Estado, com baixo nível de incorporação de tecnologia médica, e pouco competitivo pelo próprio vínculo de fornecedor de serviços a um único cliente, a previdência social. Pouco a pouco este segmento se "fundiu" com a rede pública, impossibilitado de sobreviver fora da esfera e da dependência do subsistema público. O segundo, mais moderno, capitalizado e incorporado de tecnologia, autonomizando-se gradativamente do Estado pelo rompimento dos contratos e convênios que o ligavam à previdência, aliou-se aos interesses organizados em torno das formas de assistência médica supletiva, produzindo o novo bloco que acabou definindo o eixo dominante da produção das políticas públicas setoriais no final da década.

2. *os interesses médicos "liberais"* mas contraditoriamente também contratados pela Previdência, que propunham o rompimento com o INAMPS em razão do não cumprimento da tabela de remuneração de serviços combinada com a categoria⁸¹. Este conjunto mais autônomo, que tinha limite na própria categoria médica associada a outros profissionais de saúde com interesses empresariais, constituía-se em uma fração bastante importante do arranjo privatista, articulando-se sistematicamente com os demais interesses empresariais contra a reorientação das políticas setoriais em moldes publicistas. Por outro lado, a inserção institucional da maioria dos seus integrantes, muitos dos quais em funções executivas no interior do aparelho de Estado, garantia frequentemente uma ação de "sabotagem" em relação à ação pública, já que o desempenho destes profissionais normalmente se pautava pelos

⁷⁹ Diário Catarinense, 24/04/87, p. 15.

⁸⁰ O subsistema privado de assistência médica supletiva corresponde à uma forma esquemática e didática de apresentar os interesses privados modernos do setor, na verdade pulverizados em cinco modalidades de assistência: a medicina de grupo, os sistemas próprios, os seguro-saúde, as cooperativas médicas e os planos de administração, cada um com características operacionais, clientela, abrangência e formas de pagamento bastante diversas.

⁸¹ Diário Catarinense, 28/03/87, p. 7.

compromissos ideológicos corporativos e não pelos institucionais. Por último, mas não menos importante, a capacidade de produção de ideologia que caracterizava este grupo profissional, historicamente dominante no cenário setorial, difundia a prática liberal no interior dos serviços, e a partir destes para a sociedade.

Inclui-se neste grupo, com características mais restritas e específicas, os diversos interesses médicos organizados em torno do controle de espaços de produção de serviços na Fundação Hospitalar de Santa Catarina - FHSC, fundação de direito privado controlada e financiada majoritariamente pelo estado, constituindo-se em entidade supervisionada pela Secretaria Estadual da Saúde. A ação destes grupos criou, ao longo do tempo, na prática, serviços privados sob a fachada pública da instituição.

A defesa dos interesses médicos no interior da Fundação Hospitalar de Santa Catarina e dos princípios liberais da profissão tinha como principal núcleo organizado a Associação Catarinense de Medicina - ACM. Esta entidade, durante o ano de 1987, por conta do processo de renovação de seus dirigentes, se viu dividida entre a perspectiva de manter-se com o caráter tradicional de entidade corporativa e/ou assumir uma postura de articulação entre as pautas profissionais e os interesses mais gerais da sociedade. A chapa encabeçada por José Paulo Drummond, que tinha o apoio do grupo liderado por Ricardo Baratieri, vinculado ao projeto de transformação setorial, assumiu os princípios do Sistema Único de Saúde desde que respeitada a livre opção do exercício liberal da medicina. A candidatura foi uma tentativa de resgate do Movimento de Renovação Médico (REME), que tinha assumido grande parte das entidades médicas em nível nacional no final dos anos setenta, inclusive a ACM⁸². A disputa se dava em um cenário político-corporativo no qual os fantasmas da estatização por um lado e do empresariamento por outro, "racharam" a diretoria da entidade em Santa Catarina no decorrer da gestão que encerrava seu mandato no início do período estudado. A disputa pela direção da entidade foi vencida pela facção liderada por Euclides dos Reis Quaresma, defensor do projeto médico liberal (em Santa Catarina leia-se UNIMED pelo seu caráter majoritário em relação aos demais segmentos de "seguro saúde"), e ao mesmo tempo defensor das práticas patrimonialistas que ocorriam na Fundação Hospitalar de Santa Catarina^{83 84}.

⁸² A disputa na Associação Catarinense de Medicina reviveu o conflito do final dos anos setenta, entre o Movimento de Renovação Médica - REME e o Kassabismo (movimento associativo-corporativo médico organizado em torno da liderança centralizadora e autoritária de Pedro Kassab, de corte liberal-conservador. Neste caso, entretanto, o conservadorismo reciclado tinha um ideário dirigido para a conquista da hegemonia: o neoliberalismo (conceito a ser melhor desenvolvido nos próximos capítulos).

⁸³ Diário Catarinense, 26/06/87 e 03/07/87, p. 6.

⁸⁴ A análise detalhada da prática política da categoria médica no Brasil pode ser aprofundada pela leitura de CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo, Hucitec, 1988.

3. a *indústria farmacêutica*, mais visível e atuante ao nível nacional e já delineada no "affair medicamentos" discutido em outro capítulo deste trabalho, se colocava como qualquer outro produtor de mercadorias cuja venda era encarada como passível das mesmas práticas quase terroristas da indústria em geral no sentido de garantir espaços de mercado com preços maximizados. Neste sentido, notícias dando conta do desabastecimento provocado pelo boicote das empresas multinacionais, detentoras de mais de 90% do mercado farmacêutico do país eram freqüentes⁸⁵.

Outros grupos empresariais como o da indústria de equipamentos médico-hospitalares e parcialmente a própria indústria farmacêutica, além de atuarem em segmentos de mercado não exclusivamente regulados pelo poder público, como o do sub-sistema de serviços de saúde privado, por produzir bens de capital com incorporação de gordas margens de lucro na forma de *royalties* e outras transferências de direitos, tornaram-se atores sociais invisíveis, longe da publicidade da mídia e mais afeitos a negociações privilegiadas com o poder público. O fato de serem indústrias sem dúvida mais oligopolizadas os fazia ter poder de barganha muito maior do que o dos empresários produtores de serviços, distribuídos em todo o Brasil, com diferentes interesses em razão dos grandes diferenciais de incorporação de tecnologia entre os mesmos, e limitados em sua maior parte à venda de serviços para a administração pública como seu único mercado.

Neste sentido pode-se entender a proposta do Deputado Federal Eduardo Pinho Moreira, médico cardiologista da região de Criciúma, autor de emenda ao projeto do capítulo da saúde da nova Constituição em debate no Congresso, que garantia o exercício privado na área da saúde, alegando que "o poder público deve prioritariamente dedicar-se às áreas de prevenção, educação e endemias"⁸⁶, proposta de nítida inspiração neoliberal, que deixava ao Estado apenas a responsabilidade da produção de serviços sem qualquer interesse empresarial. Estas ações, caracterizadas pela necessidade de longo tempo de maturação e pela sua propriedade de indivizíveis, tornam-se inadequadas para a sua regulação via mercado, sendo igualmente impróprias como insumo-produtos do processo de valorização do capital. Por outro lado, garantindo para os interesses do capital o espaço da produção de serviços individuais, curativos, hospitalares e de alta tecnologia no campo da saúde, e excluído o Estado da perspectiva de regulação pública destes bens, produz-se o espaço de apropriação privada adequado às práticas comerciais lucrativas. É de se estranhar, entretanto, que a proposta recém comentada pudesse ser alvo do interesse constituinte, uma vez que ela nada mais era do que a reedição da Lei 6229/76 que

⁸⁵ Diário Catarinense, 25/03/87, p. 23.

⁸⁶ Diário Catarinense, 24/08/87, p. 12.

criou o Sistema Nacional de Saúde, ainda em vigor naquele momento, e que resultou na crise que as propostas da reforma sanitária justamente tentavam superar.

Este grupo de interesses heterogêneos, mas unido em torno da apropriação mercantil do setor saúde, foi denominado "complexo médico-industrial", sendo tratado equivocadamente, no embate que se travava pela reforma sanitária, como detentor de uma unidade monolítica que prejudicou a clareza das estratégias do movimento sanitário em relação aos mesmos.

Em Santa Catarina, a indicação do Secretário Cláudio Bley do Nascimento e do Diretor Geral da Secretaria Estadual da Saúde em 1989, efetivada com forte apoio do Laboratório Catarinense, indústria farmacêutica de Joinville, explicitou também ao nível do espaço particular do estado os interesses dessa indústria, seja pelo peso da rede pública do estado como detentora de parcela significativa do mercado consumidor de medicamentos de uso hospitalar, seja pela necessidade de neutralização do poder de intervenção da vigilância sanitária ou de decisões ligadas à perspectiva iminente de ampliação da participação do estado enquanto produtor de medicamentos.

4. o movimento sanitário, produzido pela associação de diversos grupos de interesse localizados dentro e fora do setor saúde e que gradualmente se organizaram em torno das bandeiras da reforma sanitária (já apresentadas anteriormente). Sua composição incluiu membros da academia, servidores federais defensores da racionalização e moralização dos gastos setoriais, o movimento popular de saúde, que abrangia associações de moradores, as pastorais da saúde e militantes políticos de esquerda. Na década de 80 o grupo constituiu-se como referência nas discussões do tema nos meios de comunicação social e no interior do setor, exigindo a nacionalização da produção de medicamentos em nome da soberania nacional e o posicionamento imediato do governo federal em torno do tema mais geral da reforma do Sistema Nacional de Saúde.⁸⁷

O termo movimento sanitário designou o

"sujeito político coletivo constituído inicialmente por intelectuais com atuação no campo da saúde... Algumas de suas principais características são o de ser um movimento *supra-partidário*, cuja *organicidade* é formada por um projeto e linguagens comuns: a "linguagem", o código de identificação, está contido no pensamento médico-social, e o projeto é a transformação das condições de saúde da população brasileira (grifos do autor)"⁸⁸

⁸⁷ Diário Catarinense, 25/03/87, p. 23.

⁸⁸ ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. in: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO., 1989. p. 185.

Esta identidade grupal se deu, ainda segundo Escorel⁸⁹, a partir de 1977, no Congresso Brasileiro de Higiene, quando seus integrantes se autodenominaram membros do "partido sanitário". Historicamente o movimento sanitário sucedeu o movimento preventivista que deu origem aos Departamentos de Medicina Preventiva na maioria das Universidades brasileiras e que se vinculava a um entendimento ecológico do processo saúde-doença, relacionado mais amplamente à hegemonização do funcionalismo/teoria dos sistemas nas ciências exatas e sociais.

No sul do Brasil, o movimento sanitário se constituiu de forma complementar nos três estados da região. No Rio Grande do Sul o movimento teve consequência a partir de três fontes: o movimento estudantil, a Escola de Saúde Pública e a Residência em Medicina Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo em Porto Alegre. Este grupo organizado em torno do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, que também acabaria nucleando as propostas progressistas setoriais em Santa Catarina, veio a entrar em contato com o movimento estudantil e com membros do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina a partir de 1978, encaminhando em torno de projetos de atenção primária e de extensão de cobertura patrocinados pela Prefeitura de Florianópolis a ampliação do movimento e a difusão de suas idéias. Uma das características peculiares do movimento sanitário em Santa Catarina foram os laços estreitos que se produziram entre intelectuais do movimento com a Pastoral da Saúde⁹⁰, facilitando um processo de discussão enraizado na sociedade e comprometendo a sua história com as demandas de grupos sociais excluídos das periferias e das áreas rurais do interior do estado. A estes grupos populares, intelectuais e institucionais, gradativamente se somaram outros grupos representativos de categorias profissionais como a Associação Catarinense de Medicina, a Associação Brasileira de Enfermagem e o Sindicato dos Médicos de Santa Catarina, conformando o movimento sanitário já amadurecido no início da década de oitenta. Os muitos projetos de saúde desenvolvidos no decorrer dos anos oitenta - a experiência de Lages, o da Cooperativa Alfa de Chapecó e o da Igreja de Turvo vinculariam ainda parlamentares progressistas ao ideário do movimento, que inclusive elegeu um de seus membros, a farmacêutica e professora da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC Clair Castilhos Coelho, como vereadora em Florianópolis em 1982 pelo

⁸⁹ Idem, *Reviravolta na saúde - origem e articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro, ENSP/FioCruz, Dissert. de Mestrado, 1987.

⁹⁰ A Pastoral da Saúde (assim como a da Terra, da Criança...) se constituía em movimento de ampla base popular relacionado à emergência dos Núcleos Eclesiais de Base - NEBs, dirigidos a partir das diretrizes progressistas da Teoria da Libertação/Opção preferencial pelos pobres assumidas pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB no final dos anos setenta.

PMDB⁹¹. Ricardo Baratieri, médico e professor da UFSC, vinculado ao sindicalismo médico, com a nova República também tinha assumido a Superintendência do INAMPS em Santa Catarina, constituindo-se em uma liderança setorial reconhecidamente progressista dentro dos quadros do Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB. Orasil Coelho Pina, médico, também protagonista da história relatada nos próximos capítulos, tinha tido passagem como líder estudantil, sendo inclusive preso pela ditadura militar⁹². Assumindo a Secretaria Municipal de Saúde em Criciúma, realizou um bom trabalho, em parte pelo uso dos recursos AIS na expansão da cobertura dos serviços básicos de saúde do município. Era outra liderança peemedebista vinculada ao movimento sanitário.

O movimento sanitário veio a desenvolver as propostas políticas para os dois candidatos progressistas em campanha para o governo do estado em 1982, saindo derrotado e tendo seu espaço institucional restringido por alguns anos. Apenas em 1985, com as Ações Integradas de Saúde, e especificamente com o trabalho desenvolvido em Criciúma, o movimento se reaglutinou com força e se integrou novamente às questões nacionais de maneira mais articulada⁹³.

O aprofundamento, no interior do tecido social, da consciência da possibilidade de luta concreta pela melhoria da qualidade de suas vidas e o posicionamento dos diferentes grupos sociais com relação à questão da saúde, entretanto, transcendeu no período os limites do movimento sanitário. Os movimentos sociais em geral estavam sintonizados com o referencial da reforma sanitária, como pode se dimensionar pelo nível de politização dos movimentos sociais de Chapecó em torno do debate nacional motivado pela instalação do Congresso Constituinte. A Pastoral da Saúde daquela região, criticando as AIS como sendo um projeto que não saiu do papel, organizava um grupo de 32 agentes que, estudando a Previdência Social e se preparando para ir à Brasília no momento das votações da Constituinte, tinha decidido atuar "para tentar mudar o Sistema de Saúde que aí está, assegurar o direito à saúde na Constituição e impedir a privatização da saúde".⁹⁴

As polêmicas em torno do tema da saúde, mais do que em nenhum outro período, entretanto, centravam-se na polarização entre os que defendiam a privatização e os que eram partidários da estatização dos serviços, ou, mantendo a

⁹¹ DA ROS, Marco Aurélio. **Um drama estratégico: o Movimento Sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina**. Rio de Janeiro, ENSP/FioCruz, Dissertação de Mestrado (mimeo), 1991.

⁹² Ação policial-militar de caráter repressivo que culminou com dezenas de prisões entre estudantes após o episódio da reação popular ao Presidente João Figueiredo em 1979 e que ficou conhecido como "novembrada".

⁹³ DA ROS, Marco Aurélio. Op. cit.

⁹⁴ Diário Catarinense, 08/04/87, p. 9.

característica das discussões da época, os que eram contra ou a favor da reforma sanitária.

Neste cenário de acirramento de posições, a gestão setorial em nível estadual, com a vitória de Pedro Ivo Campos em 1986, foi entregue a um político sem qualquer militância no movimento sanitário, o Deputado Estadual Martinho Ghizzo. A indicação de Orazil Coelho Pina como Secretário Adjunto recolocou os partidários da reforma sanitária na linha de frente da luta pela transformação setorial, mesmo em uma posição de inferioridade.

Ao nível do preenchimento das funções executivas de segundo escalão da estrutura das intuições de saúde do estado, a indicação da Vereadora Clair Castilhos para a Direção Geral do Departamento Autônomo de Saúde Pública - DSP foi considerada uma demonstração de coerência com as propostas de campanha, já que a história de militância da indicada garantia ao órgão uma direção sintonizada com as diretrizes da Reforma Sanitária. As diretorias do DSP foram ocupadas com indicações técnicas e políticas na sua maioria explicadas pelas relações profissionais anteriores, que ligavam a maioria dos escolhidos à nova diretora. O órgão ficou sendo majoritariamente dirigido por simpatizantes do movimento sanitário, com algumas posições vinculadas à defesa corporativa dos servidores do órgão.

A ocupação dos cargos da Secretaria da Saúde, neste sentido, especialmente no núcleo central da Secretaria, também acabou contemplando parcialmente o grupo dos partidários da reforma sanitária, que se concentravam nas assessorias do Secretário Adjunto, Orazil Coelho Pina, médico, até então Secretário Municipal da Saúde em Criciúma com um trabalho na linha da municipalização dos serviços. A maioria dos cargos, entretanto, foi indicada sem o critério do compromisso com a proposta, sendo em boa parte vinculada a um perfil burocrático impregnado das práticas patrimonialistas incorporadas ao funcionamento tradicional do aparelho político-administrativo.

Já na Fundação Hospitalar de Santa Catarina, gradativamente assumiram o comando da estrutura político-administrativa do órgão pessoas ligadas à defesa de interesses corporativos dos servidores por um lado, e após a indicação de Aurélio Rótolo Araújo⁹⁵, à manutenção dos espaços privatizados dominados por grupos médicos diversos e à própria defesa intransigente da instituição e de seu formato. É interessante notar que estes interesses já tinham conquistado postos-chaves desde quando o processo de ocupação de funções e cargos da FHSC se deu com a acumulação temporária da Secretaria Estadual da Saúde e da Fundação pelo

⁹⁵ O indicado, médico nefrologista, já tinha exercido funções administrativas na direção do Hospital Florianópolis, atuando na FHSC na área de medicina de alta tecnologia com o ranço geral da instituição: o da privatização do espaço público através do usufruto de equipamentos - máquinas de hemodiálise - e de seus rendimentos

Secretário Martinho Ghizzo, tendo a mesma acontecido passivamente, ao mesmo tempo em que a acumulação era justificada explicitamente pela necessidade de profundas modificações no funcionamento da instituição.

Neste sentido, a ocupação de cargos nas estruturas administrativas do estado se pautou, em geral, pela manutenção das mesmas forças que já dominavam as instituições tradicionalmente, com excessão do grupo vinculado ao Secretário Adjunto, que ocupou um espaço até então sempre ligado à legitimação técnica das propostas conservadoras inspiradas no Gabinete e que, agora, se propunha a um trabalho de transformação setorial a partir do referencial da reforma sanitária.

Na visão de um protagonista do período, a luta surda que se travava entre o Secretário Martinho Ghizzo e o seu Secretário Adjunto tinha em representantes do grupo liberal da Fundação Hospitalar de Santa Catarina expectadores privilegiados:

"Eu tinha concreto na minha cabeça: se cair o Martinho, vai entrar quem? O Aurélio Rótolo, o Euclides Quaresma, ou outro qualquer, todos nossos (do movimento sanitário) grandes opositores na época, pela área médica, pelo *stablishment*. O complexo médico industrial estava centrado na ACM com aquelas figuras, e com a UNIMED, que vinha prá cima de nós com toda a força. E no entanto eles também acabaram rompendo com o Martinho, que inicialmente eles consideravam um dos deles. Tinham ódio dele, queimavam junto ao Pedro Ivo, porque eles achavam que ele estava fechando conosco. E a gente tentando fragilizar o Martinho... Do ponto de vista tático, eu acho que foi um profundo equívoco⁹⁶.

A dinâmica de ação dos atores sociais neste período foi variada e dirigida a múltiplos propósitos. Os interesses empresariais contratados e conveniados com a previdência social utilizaram-se sistematicamente da prática do *lockout*, articulados inclusive em nível nacional, como foi o caso da ameaça de *lockout* hospitalar nacional noticiada em agosto de 1987. Os 4500 hospitais brasileiros exigiam reajuste de 70% nas diárias hospitalares.⁹⁷ A tática do confronto e desgaste da rede pública pela sonegação de serviços se repetiu sistematicamente ao longo do período analisado, indicando uma luta permanente pela partilha dos recursos do setor pelos grupos ali instalados. Indiretamente, o setor privado desenvolveu, com esta estratégia, a produção do espaço da atenção médica supletiva, ao mesmo tempo fragilizando o sistema público e criando o mercado privado a partir da expulsão da clientela descontente com a queda de qualidade dos serviços e a instabilidade do sistema público. Neste sentido, parece terem sido os empresários proprietários de hospitais contratados pela Previdência o grupo de atuação pública mais ativa no período, provavelmente por necessitarem da comoção da opinião pública para alcançarem seus objetivos.

⁹⁶ COELHO, Clair Castilhos. *Entrevista ao Autor*. 1993.

⁹⁷ Diário Catarinense, 11/08/87, p. 3.

No interior do aparelho político-administrativo do estado, as primeiras reações explícitas contra o processo de transformação vieram das lideranças médicas da Fundação Hospitalar. Ricardo Baratieri assim qualificou o conflito:

"Agora no ponto de vista organizativo, a gente só percebeu um confronto sério no início da discussão do processo de co-gestão (primeiro semestre de 1987). Quando se começou a falar na questão da co-gestão como forma de financiamento da rede hospitalar, a gente identificou um núcleo importante de oposição instalado na própria estrutura de poder do estado, como diretores hospitalares da própria rede estadual. Não me lembro se na própria Fundação dava pra identificar essa posição ou não. Mas o que eles alegavam é que pra se relacionar com o governo federal, só se tivesse uma apropriação de custos adequada. Eles preferiam manter aquela relação atrasada que precedia a sistemática de co-gestão"⁹⁸.

O depoimento do Superintendente Adjunto para Assuntos Técnicos da Fundação Hospitalar de Santa Catarina é ilustrativo da função desempenhada pela instituição e o papel assumido pelos seus dirigentes:

"E por parte da Superintendência se ficava, em função dessas discussões, entre a maré e a rocha: a quem eu agrado? À classe médica? Isso passa pela cabeça de qualquer administrador, mesmo porque na realidade ninguém era administrador. Nós éramos médicos. Sempre vinha isso: eu vou voltar a ser médico, então a gente não queria cair nas más graças com a nossa classe. Então quando falavam: o governo precisa fazer isso, a gente ficava indefinido"⁹⁹.

Este tipo de posição corporativa assumido pela direção da Superintendência era nítido para todos os que viviam a problemática institucional. Um Coordenador de Planejamento da SES assim colocou a situação:

"a oposição ao SUS estava ligada à Fundação Hospitalar, à Associação Catarinense de Medicina e à Associação Catarinense de Hospitais. Isso me parece muito claro hoje. Então por exemplo, o Aurélio Rotolo Araújo, não revelava isso nos nossos contatos, até por ele entender que a Fundação não tinha muito a ver com o SUS. Eles fizeram muita coisa porque o papel da Fundação era atender, e tal. Mas ele não era o foco de oposição concreta, patente, mas era a figura que certamente tinha mais trânsito no governo. Tanto é que depois, em função de questões pessoais com o Ghizzo, ele pediu demissão. Então naquela época, o Aurélio me parece que era um legítimo representante desse grupo. Embora nós tivéssemos relacionamento, as contraposições não se davam no modelo operativo da Fundação. Uma vez foi preciso abolir as restrições ao atendimento do INPS na cardiologia. Não houve problema. Vamos universalizar o atendimento. Mas claro. Porque ele já tinha a noção de que a conta era paga. E se a conta era paga não tinha problema nenhum. Então não tinha oposição para algumas coisas. A oposição era do ponto de vista do controle. Quando se tentava o controle, a

⁹⁸ BARATIERI, Ricardo. *Entrevista ao autor*. 1993.

⁹⁹ BONASSIS, João Batista. *Entrevista ao autor*. 1993.

conversa parava. E aí todas as decisões passavam ao largo da Secretaria¹⁰⁰.

Pode-se dizer que neste momento de conflito ideológico, a estratégia dos empresários proprietários de serviços de saúde contratados pelo Estado visou a construção de um espaço alternativo para o exercício de suas atividades, já que a perspectiva no momento incluía inclusive a estatização das atividades e serviços privados de interesse público, conforme proposta da VIIIª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, e documento orientador da ação dos dirigentes do movimento sanitário ocupantes de cargos na administração federal.

A realidade concreta faz crer que o embate entre estes interesses conflitantes representados pelos grupos estatistas e privatistas facilitou de fato o espaço necessário para a produção de serviços de saúde de forma cada vez mais autônoma em relação ao Estado, tendo se expandido de forma surpreendentemente rápida neste período o segmento do seguro-saúde, alternativa de financiamento que satisfez os produtores de serviços por um lado, e os consumidores (trabalhadores assalariados de classe média, funcionários públicos, profissionais liberais e pequenos empresários) por outro, inseguros e descontentes com a deterioração da qualidade da assistência do sistema público de saúde.

A campanha eleitoral de 1987 para as prefeituras municipais em todo o estado, e em especial em Florianópolis, ajudou a ampliar a discussão em torno de propostas e possibilidades relacionadas às políticas públicas, permitindo eventualmente a vinculação dos projetos políticos em discussão com os interesses em jogo no interior do setor saúde:

Esperidião Amin, candidato de aliança de centro-direita (PDS, PFL, PDC), não explicitava conteúdos, mas prometia repetir o que já tinha feito no passado.

Anita Pires, candidata de centro (PMDB), priorizaria o atendimento "do pré-natal à idade adulta".

Flávio Valente, de esquerda (PT), indicava a necessidade de recuperação salarial e das condições de trabalho do pessoal da área da saúde, só depois sendo possível descentralizar o sistema.

Sérgio Grando, de centro-esquerda (Frente Popular), priorizaria a atenção preventiva e a melhoria material e humana dos postos de saúde.¹⁰¹

O período pré eleitoral e pré promulgação da Constituição Federal foi especialmente rico em posicionamentos públicos de diversos grupos de interesse envolvidos com a questão saúde, desenhando-se com bastante precisão as forças e os interesses em disputa no período.

¹⁰⁰ MACARI, Edson Luiz. *Entrevista ao autor*. 1992.

¹⁰¹ Diário Catarinense, 22/07/88, p. 15.

Os hospitais de Joinville lançaram carta aberta intitulada "No seu dia, o grito dos hospitais", sintetizando a luta dos serviços privados contratados pelo pagamento de valores de procedimentos compatíveis com seus custos.¹⁰²

Grupos liberais vinculados aos interesses multinacionais da indústria farmacêutica insistiam na aprovação da lei das patentes em tramitação no Congresso, justificando a urgência na necessidade de evitar a retaliação às exportações brasileiras.¹⁰³

Os servidores do DSP, por seu turno, preparavam greve posicionando-se contra a privatização do setor e exigindo salário, participação da comunidade na implantação do SUDS e prestação de contas dos recursos gastos com o mesmo. No mesmo período, os servidores do setor saúde municipal (Florianópolis) e a Previdência Social paralisaram atividades reivindicando melhores condições de trabalho.¹⁰⁴

Os interesses empresariais em expansão na produção de serviços de saúde na forma de assistência supletiva/seguro-saúde, ao mesmo tempo, aproveitaram para legitimar o espaço conquistado, argumentando que o mercado de seguro privado era inversamente proporcional à qualidade do sistema público.¹⁰⁵

Knoll¹⁰⁶, qualificando os grupos de oposição à reforma sanitária e os seus discursos e interesses, agrupou assim os vários interesses afins, historiando o posicionamento dos Secretários de Estado com relação à proposta em implantação e suas características na condução do processo:

"...a corporação médica através de suas organizações, a Fundação, a ACM, o CRM menos um pouco, bombardeava a proposta como sendo uma proposta estatizante, retrógrada, socializante era o termo que eles usavam. Os partidos políticos, como o PDS e o PFL, através da corporação e os funcionários das instituições que iam se extinguir, o DSP, a FHSC e o INAMPS também resistiam à proposta".

"Em termos de discurso, a visão liberal da corporação médica era a velha proposta do Estado se manter investindo naquelas questões que não geram lucro imediato, saneamento básico, a imunização, a saúde pública ao velho estilo, mas manter a assistência individual e o acesso à tecnologia na mão da iniciativa privada. O Estado entrava com os grandes custos e o médico liberal usufruía disso. Não havia uma proposta construída, preparada para se contrapor ao SUDS. A proposta da corporação era a histórica, construída dentro do liberalismo que caracteriza a prática médica".

"Os servidores do DSP, da Fundação e do INAMPS estavam lutando mais por uma necessidade de conservar seus

¹⁰² Diário Catarinense, 02/07/88, p. 17.

¹⁰³ Diário Catarinense, 11/08/88, p. 6.

¹⁰⁴ Diário Catarinense, 25/08/88, p. 7; 23/09/88, p. 10.

¹⁰⁵ Diário Catarinense, 07/08/88, p. 19.

¹⁰⁶ KNOLL, Biaze Manger. *Entrevista ao autor*. 1993.

espaços de trabalho. Talvez a maneira como se levou a proposta aos funcionários foi ruim. Então a idéia que eles tinham é que o SUS ia acabar com seus espaços de trabalho, e eles iam ficar na mão do governo, então era o medo de perder seu status, mas não tinham também uma proposta pronta pra se opor".

"Com relação aos partidos, em Santa Catarina essa discussão caminhou pouco. A nível nacional, sim, a industria médica, a industria de medicamentos, de equipamentos, a medicina de grupo, a UNIMED, o seguro saúde, todas essas forças lutavam contra o SUS, cada uma dentro dos seus interesses, interesses privados naturalmente, porque o SUS parecia ser uma proposta socializante, estatizante, com atendimento universal, igualitário. Na época parecia que o Estado ia assumir todas as funções e isso ia contra o interesse de quem ganha dinheiro com a medicina, com a doença. Mas eu não consigo ver uma proposta, um projeto de saúde que fosse construído no país, nem que seja teórico, por essas forças conservadoras. Acho que não havia. Eu acho que hoje, até com o aproveitamento de muitos tópicos da proposta do SUS, começa a surgir alguma coisa mais elaborada. Eu vejo a UNIMED com o seu Sistema Integrado de Saúde, que usa até o marketing do SUS. Mas na época eu entendia como sendo uma luta entre setores conservadores liberais que tinham seus interesses capitalistas construídos ao longo da história, e uma proposta nova, social-democrata, de ampliação dos direitos da cidadania, e tecnicamente mais correta do ponto de vista da saúde, por juntar a saúde coletiva à saúde individual".

"A Fundação Hospitalar e seus diretores atuavam como representantes dos interesses da corporação. O pessoal do DSP, de uma outra forma, não se contrapunha à idéia do SUS, mas sim à idéia da Reforma Administrativa que a Secretaria tinha naturalmente que sofrer, com a extinção do DSP. Eles se contrapunham também por conta de uma visão já instalada, sanitizada, de campanha, de programas verticais, sendo que a proposta do SUS explicitamente combatia essa organização, e o DSP resistia mais para conservar seus espaços. Era uma resistência mais de conservação de espaços do que ideológica. Era fisiológica".

"E a cabeça da Secretaria, o Secretário e seus assessores, sem dúvida eles eram representantes da Fundação, da corporação médica. Eles representavam os valores do liberalismo médico. E o Martinho, com a visão política dele ia por aí também. Só que eles tinham que dar respostas políticas para o governo, o PMDB era um governo muito contraditório, era um partido cheio de tendências, sem uma definição clara do que queria, então o Martinho eu acho que fazia esse jogo. Muitas vezes, o discurso pela imprensa até agradava, muitas vezes enganava como progressista, mas na verdade ele funcionava como um balcão de negócios da iniciativa privada".

"No período do Walmor isso não mudou muito. Mudou um pouco porque ele rompeu com as corporações da Fundação e do DSP. Ele tomou conta, botou pessoas, o Baratieri que tinha outra visão, que ajudou inclusive a construir a proposta do Sistema Único, e no DSP o Abelardo. Mas o Walmor centralizou na Secretaria todas as decisões, financeiras, convênios, nomeação de cargos, então ele concentrou muito o poder da Fundação e do DSP. Mas mesmo assim, ele também fazia o jogo da corporação médica pra não se queimar politicamente. O interesse do Walmor era muito mais eleitoral. Embora ele tivesse um discurso muito mais forte do que o Martinho na imprensa, na prática, as medidas que ele tomava eram

medidas mais populistas, mantendo boas relações com a iniciativa privada. Não a combatia em nada, não ajudou, não tomou medidas concretas para fazer avançar o SUS. Ele manteve uma municipalização que já tinha sido feita, ampliou um pouco, distribuiu recursos ... e assim ele ficou".

"O Bley da mesma forma, o interesse eleitoral aqui já não era mais um interesse pessoal, então aliviou um pouco a pressão eleitoral na Secretaria. Mas ele assumiu em um ano de campanha do PMDB, então a Secretaria voltou-se muito para isso, distribuindo recursos e benesses, fazendo favores segundo o jogo político, os interesses do Palácio do Governo. O Bley era muito mais um representante do Palácio, mesmo depois que o Pedro Ivo morreu e o Casildo entrou. Ele se deu muito bem com a turma do Casildo. Na verdade ele também foi muito político, e muito de negociatas, computadores, compra de equipamentos, o Hospital Celso Ramos, empreiteiras. Muito mais distribuição de recursos públicos para a iniciativa privada do que construção do Sistema. O Bley eu acho que era um representante da UNIMED dentro desse jogo do setor saúde, então contava o interesse de Joinville, onde a UNIMED era muito forte..."¹⁰⁷

A campanha eleitoral para o cargo de Presidente da República, a primeira desde 1959 e incorporando ainda neste interim 23 anos de restrições democráticas polarizou a atenção pública do país durante todo o ano de 1989. Em torno deste acontecimento político, os candidatos de cada partido colocaram ao julgamento da sociedade os diferentes projetos de sociedade formulados por cada agremiação partidária. Dentro destes projetos, diferentes propostas setoriais deixavam claras as próprias posições dos atores sociais que disputavam no cotidiano institucional a hegemonia para seus interesses. Por alguns meses, a polarização ideológica dominou o cotidiano da nação.

As propostas dos candidatos na área da saúde, neste sentido, gravitaram entre a constituição de um setor saúde com participação ampliada do Estado e uma proposta de privatização de parte do setor. Neste sentido, as propostas se alinhavam como:¹⁰⁸

1. Sociais-democratas/socialistas:

1.a. Luiz Inácio Lula da Silva, do PT, propunha a estatização dos serviços de saúde "para garantir o acesso de todos os brasileiros a serviços gratuitos, integrais e de boa qualidade". O programa do partido defendia ainda um Fundo Único de Saúde, com recursos da Previdência, União, Estados e Municípios, o aumento da consciência sanitária e a priorização das ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

1.b. Ulisses Guimarães, do PMDB, prometia otimizar o SUDS e descentralizar as ações de assistência social. As contribuições sobre os rendimentos

¹⁰⁷ Idem, *ibidem*.

¹⁰⁸ Diário Catarinense, 30/09/89, p. 9 e 15/11/89, p. 7.

dos empregadores aumentaria, viabilizando uma maior participação do Estado na área da saúde.

1.c. Mário Covas, do PSDB, pretendia aumentar a receita da previdência, a participação do Estado na área da saúde, criando ainda um ministério único com orçamento bem definido.

1.d. Roberto Freire, do PCB, propunha contribuição sobre o faturamento das empresas como fonte de custeio da previdência, e a estatização dos serviços de saúde a longo prazo.

1.e. Leonel Brizola, do PDT, priorizaria a saúde da população através de ações indiretas objetivando aumento do poder aquisitivo do trabalhador, aumento da segurança com atenção especial à educação e à produção de alimentos. O estímulo à pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico nacional para fortalecer a produção de medicamentos, equipamentos e imunobiológicos também seria incentivado. Um recadastramento amplo definiria quais beneficiários teriam direitos reais a aposentadorias e pensões. Os contratos com o setor privado seriam reavaliados e seria também definida fonte específica para cobertura do déficit previdenciário.

2. Neoliberais:

2.a. Paulo Maluf, do PDS, prometia racionalizar gastos da Previdência, privatizando parte dela. As empresas teriam fundos de custeio de despesas médico-hospitalares e o INAMPS atenderia os desempregados e os empregados em pequenos estabelecimentos.

2.b. Guilherme Afif Domingos, do PL, era contra a estatização da saúde e previdência, propondo a previdência complementar privada.

2.c. Fernando Collor de Mello, do PRN, propunha o tratamento da saúde "acima das barreiras políticas e ideológicas", visando a ação conjunta do Estado, que deveria fiscalizar, regular e controlar "com todo o rigor" as ações básicas de saúde e a iniciativa privada, que deveria estabelecer com o governo uma relação de cooperação. Collor defendia ainda o aumento dos recursos para o setor saúde, com aumento da participação do setor de 4% para 10% do PIB, "a única maneira de garantir o mesmo tipo de atendimento a toda a população, acabando com a desigualdade". A proposta do PRN era a de criar ministério único para a área de saúde, estimulando o ingresso da iniciativa privada na área previdenciária com reestruturação do setor.

A polarização ideológica se manteve tensionada com a vitória expressiva de Fernando Collor de Mello no primeiro turno, que enfrentando Luiz Inácio Lula da Silva, representante das forças democráticas e populares em um segundo turno cheio de incidentes, culminou com a ratificação do candidato neoliberal para a Presidência da República.

A campanha eleitoral para o governo do estado, cujas eleições foram realizadas em outubro de 1990 recuperaram a possibilidade de análise das propostas setoriais vinculadas com os diferentes interesses de grupos sociais organizados em torno dos partidos políticos em disputa, neste caso de uma forma mais contextualizada. De qualquer forma, reproduziram-se as linhas político-ideológicas já ocorridas na eleição presidencial, com a incorporação de um fato novo que desarticulou parte das forças de esquerda tanto em nível nacional como no estado: a queda do muro de Berlim, assumida simbolicamente como a derrocada do sonho socialista do século XX. Por conta disto, as posições assumidas pelos candidatos mais à esquerda do espectro político catarinense passaram por um processo de inflexão com tendência ao centro, o que de certa forma aproximou todos os discursos:

Dirceu Carneiro, do PSDB, propugnou um Sistema Descentralizado de Saúde com ênfase nas ações de medicina preventiva.

Paulo Afonso, do PMDB, propôs maior participação do governo federal e prioridade para as ações de medicina preventiva.

Nélson Wedekin, da Frente Popular, comprometeu-se a reaparelhar e qualificar as 1200 unidades de saúde básica existentes no estado.

Américo Faria, do PRN, preconizou a integração de todos os sistemas de saúde, melhorando a qualidade da rede básica com sua transformação em postos avançados de saúde.

Wilson Kleinübing, da União por Santa Catarina assumiu a municipalização dos recursos e da política de saúde, prometendo fazer funcionar o SUDS e os hospitais da Fundação Hospitalar.¹⁰⁹

O conteúdo das propostas dos candidatos, que quase unanimemente assumiram os princípios do SUS, caracterizou de certa forma *o consenso no discurso e o dissenso da prática* apontado por Mendes¹¹⁰ como uma síndrome do período.

A vitória eleitoral em 1990, após a confusa experiência político-administrativa peemedebista e a fragilização ideológica da esquerda simbolizada pela queda do Muro de Berlin, foi alcançada pelo candidato Wilson Kleinübing, apoiado pelas forças tradicionais da direita, através de expressiva vitória já no primeiro turno. O governo estadual assumiu, nos anos seguintes, o ideário neoliberal como eixo norteador das políticas públicas, eixo este que já produzia seus efeitos em nível federal com Fernando Collor de Mello.

¹⁰⁹ Diário Catarinense, 03/06/90, p. 22.

¹¹⁰ MENDES, Eugênio Vilaça. O Consenso do Discurso e o Dissenso da Prática Social: Notas sobre a Municipalização da Saúde no Brasil. In: **Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde**, Vol 1. Ministério da Saúde, Brasília, 1992. p. 13-16.

6. A IMPLANTAÇÃO DO SUS EM SANTA CATARINA: UMA VERSÃO DA HISTÓRIA

O objetivo deste capítulo é oferecer um nexu cronológico que possa orientar o leitor no decorrer da seqüência deste trabalho, situando melhor fatos e episódios gerais e setoriais nos planos municipal, estadual e nacional relacionados com a implementação do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. Foi focalizada especialmente, em razão da proposta de pesquisa, a atuação político-institucional da Secretaria Estadual da Saúde neste período. A organização do conteúdo histórico aqui privilegiado, no entanto, teve como proposta a composição de um painel no qual os fatos, episódios e repercussões dos mesmos foram dispostos na forma de uma "colagem" o mais próxima possível da forma como usualmente nos deparamos com o desencadeamento da produção social através dos meios de comunicação. Como o próprio título do capítulo enfatiza, a seleção dos fatos considerados para a reconstituição desta história tem tudo a ver com o privilegiamento, neste momento da pesquisa, da apresentação do nível mais superficial da dinâmica setorial observada. Em última instância, os próprios valores e interpretações do autor balisaram o enquadramento aqui apresentado, motivo pelo qual antecipadamente o mesmo assume as suas limitações.

Percebe-se a partir da análise histórica desse período, que o mesmo foi caracterizado especialmente pela discussão em torno de uma proposta de transformação das práticas de saúde visando a mudança da realidade sanitária do país. Neste sentido, toda a energia setorial foi canalizada e consumida no enfrentamento de questões limitadas ao plano político-administrativo das mudanças, perdendo-se ao longo do processo o sentido mais profundo da própria proposta de transformação. O cotidiano dos serviços de saúde permaneceu intocado no período observado.

Da mesma forma cabe salientar, em relação à dinâmica dos atores institucionais neste período, o caráter da atuação política do estado através da Secretaria da Saúde, que se pautou sistematicamente pela hesitação, pela falta de clareza e mesmo pela omissão, o que caracterizou, no entendimento do autor, um certo tipo de intencionalidade que será indicada neste capítulo e discutida nos seguintes. Contraditoriamente, foi o estado o maior beneficiário do processo que ocorreu em nível nacional, com transferência de recursos e poder desde a esfera federal sem que o primeiro assumisse os objetivos associados a este encaminhamento.

6.1. A posse e os propósitos de governo vistos através do discurso público.

No dia 16 de março de 1987, a primeira página do Jornal Diário Catarinense estampou a manchete: "O POVO CHEGA AO PODER". Pedro Ivo Campos, candidato do PMDB, partido de oposição ao governo do Estado, tinha vencido pela primeira vez as forças históricas que sustentaram a oligarquia política em Santa Catarina por mais de um século.

No seu discurso de posse, o novo governador reforçou o seu compromisso com alterações radicais na forma de governar e nos objetivos até então assumidos pelos governos anteriores, dizendo: "Tudo que até agora se fez provou ser anacrônico e inoperante."¹¹¹

Em entrevista à imprensa, Pedro Ivo prometeu

"...um governo que representará as grandes aspirações da sociedade catarinense. O Governo marcado pela honestidade, pela sinceridade, pela lisura dos homens que estão no poder. Um governo transparente, para que todos possam acompanhar as suas ações. Nada se fará escondido e a sociedade terá também pela primeira vez a oportunidade de também ser governo pela ação participativa que será dada a esta sociedade."¹¹²

"É este governo que nós iremos realizar, promovendo mudanças que levarão a transformações para permitir o nosso crescimento. Por isso nós temos um lema, o nosso governo terá um lema: unir, mudar, crescer. Uma vez todos nós solidários, nós vamos mudar o que está errado, o que é nocivo, o que compromete os interesses, para a partir daí crescer. Vamos crescer e crescer juntos, para fazer a sociedade que nós todos almejamos, onde a confiança e o respeito predomine sobre todos."¹¹³

No discurso de transmissão do cargo, Pedro Ivo incluiu a saúde como ação prioritária de governo, reafirmando:

"... nossa ação visará, fundamentalmente, reconhecer que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, e dentro dessa lógica priorizará a prevenção, conjugará esforços na articulação dos órgãos que atuam no setor, executará um modelo que busque descentralizar e municipalizar, estimulando a participação popular e valorizando os recursos humanos envolvidos na área."¹¹⁴

Para coordenar e executar este objetivo de governo, o Governador escolheu um amigo pessoal, Martinho Herculano Ghizzo, médico do sul do estado - Araranguá, oriundo de família de políticos, ele mesmo deputado por três legislaturas: as duas primeiras pelo PDS e a última pelo PMDB. Nas eleições de 1986 tinha conseguido a terceira suplência do partido. A seu favor se colocavam a experiência legislativa e a proximidade com o governador. Contra ele pairavam a inexperiência administrativa e

¹¹¹ Diário Catarinense, 16/03/87, p 12.

¹¹² Idem, ibidem, p. 18.

¹¹³ Idem, ibidem, p 18-19.

¹¹⁴ Idem, ibidem, p 22-23.

o seu distanciamento com o movimento sanitário, que produzia o discurso de transformação setorial em nível nacional e estadual através do projeto da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde¹¹⁵.

Nas palavras de Clair Castilhos Coelho, militante do movimento sanitário, na época companheira de partido de Martinho Ghizzo e Diretora Geral do Departamento Autônomo de Saúde Pública na sua gestão,

"... o Secretario da Saúde era considerado uma pessoa que não era do ramo... era tido como uma pessoa à direita pelo grupo que estava na saúde, que era chamado de progressista do PMDB. Ele era da direita para todos os efeitos. Mas quando ele assumiu, e essa é uma visão que eu tenho de dirigente do DSP da época, por não ser do ramo e querendo fazer uma boa gestão, e precisando de um bom desempenho porque não tinha conseguido mandato (ele era suplente), resolveu abrir espaço até por necessidade de ter uma circulação na Secretaria da Saúde como um todo, e também porque o grupo progressista praticamente ficou com todos os postos-chave da instituição. Ficou o Orasil de adjunto, o Baratieri na Superintendência do INAMPS pelo nível Federal, eu fui para o DSP, tinha o Biaze na Coordenação de Planejamento, e mais outros membros da Coordenação de Planejamento, tu inclusive, (...) O Martinho não tinha nada a ver conosco durante este tempo todo"¹¹⁶

No dia da posse, o novo Secretário da Saúde informou o "propósito de ampliar de imediato as Ações Integradas de Saúde através da instalação de postos e a contratação de médicos em 40 municípios do interior". A entrevista também incluiu:

"...o compromisso com a valorização dos profissionais de saúde, priorizando a aprovação do quadro de carreira e a isonomia funcional. As ações de prevenção serão um dos destaques da Secretaria da Saúde, com o desenvolvimento de campanhas de educação sanitária ao público. O Secretário informou sobre a criação de 14 distritos de saúde (ampliando os sete existentes), vinculando essas unidades com "a democratização da saúde"¹¹⁷.

As primeiras respostas da Secretaria da Saúde com relação a demandas concretas da rede de serviços pareceram indicar sintonia com o processo de unificação em desenvolvimento através das AIS, aliado a importante desconhecimento de seus instrumentos. Neste sentido, Martinho Ghizzo respondeu a

¹¹⁵ Sobre a escolha do nome que ocuparia a Secretaria da Saúde, um protagonista próximo dos acontecimentos assim resumiu o processo: "os nomes que estavam em discussão para o Secretariado eram os nomes do Baratieri e do Orazil. O Dr. Martinho caminhava por fora, mais como um nome fruto da amizade que tinha com o Governador. Tanto o Baratieri quanto o Orazil vinham construindo essa proposta de Sistema Unificado dentro do PMDB. O Martinho era um político de carreira, embora médico, mas vinha por fora, e por conta dessa amizade, dessa vinculação política mais estreita com o Governador é que foi escolhido o Secretário." KNOLL, Biaze Manger. **Entrevista ao autor**. 1993.

¹¹⁶ COELHO, Clair Castilhos. **Entrevista ao autor**. 1993.

¹¹⁷ Diário Catarinense. 17/03/87, p.17.

reivindicações do sul do estado com a perspectiva de elaboração de um Plano Único de Ação de Saúde do Estado de Santa Catarina (sic)¹¹⁸.

As reuniões da Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS¹¹⁹ de 7 e 15 de abril de 1987 trataram da indicação de assessores para cargos da estrutura da Fundação Hospitalar, da criação de Grupo de Trabalho para definir as alterações necessárias à Programação e Orçamentação Integrada - POI 87, além de terem dado indicações de que o pensamento de alguns de seus membros se vinculava à idéia de que o sistema de saúde tinha seu eixo nas possibilidades de avanço das AIS: o Superintendente do INAMPS, na reunião, garantiu ao estado que pagaria os valores destinados à SES no primeiro trimestre de 87 pelo teto de produção e não pela produção efetiva dos recursos disponíveis na rede estadual de saúde, significando concretamente a duplicação dos recursos normalmente liberados ao estado. Por outro lado, o Secretário Adjunto da Saúde solicitou providências da CIS no sentido de reforçar o papel das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde - as CIMS¹²⁰, definindo às mesmas o papel de avalista nas comunicações entre os municípios e a SES.¹²¹

As primeiras medidas concretas para a reestruturação setorial dirigida para a construção de um novo sistema de saúde foram definidas, não por acaso, a partir da integração dos setores de planejamento das instituições que executavam ações na área da saúde. Esta integração, seqüência lógica do processo de unificação institucional, já que o espaço deliberativo setorial já estava em tese unificado através da CIS, na verdade colocou de forma explícita o caráter estratégico assumido pelas instâncias de planejamento nas instituições vinculadas ao processo de transformação setorial. A par disso, o encaminhamento mais amplo do projeto de reestruturação institucional apontava igualmente o planejamento como o método privilegiado pelo movimento sanitário para viabilizar a transformação almejada.

Neste sentido, a CIS determinou formalmente, no final de maio, o início do processo de integração das estruturas de planejamento estadual e da previdência, reestruturando-se a Secretaria Técnica da CIS para que a mesma se constituísse com funcionários de todas as instituições do setor. Depois de muita discussão, que deixava subentendida a questão principal, relacionada a quem de fato controlaria a Secretaria

¹¹⁸ Documento com esta denominação nunca foi produzido pela SES. É possível que o Secretário estivesse se referindo à Programação e Orçamentação Integradas (POI).

¹¹⁹ A Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS foi criada a partir da execução do Convênio PAIS, em 1983, tendo função de coordenação e controle da execução do programa. Seus integrantes eram o Superintendente Regional do INAMPS, o Delegado Regional de Saúde do Ministério da Saúde e o Secretário Estadual de Saúde, que presidia as reuniões. Posteriormente a composição foi alterada, incluindo outros membros de instituições setoriais federais e estaduais.

¹²⁰ As CIMS eram as instâncias de coordenação do programa em nível municipal.

¹²¹ Ata da Reunião da CIS de 07/04/87 e 15/04/87.

Técnica em organização, ficou decidido que este núcleo interinstitucional se reuniria na Superintendência Regional do INAMPS.

A compra dos primeiros micro-computadores que equiparam setores técnicos do INAMPS e alguns setores da SES e da FHSC foi deliberada neste período, sendo os mesmos financiados com recursos AIS. Outros assuntos tratados nas reuniões da CIS do mês de maio foram o sistema de farmácias básicas da Central de Medicamentos - CEME, o início dos estudos de municipalização dos serviços em Criciúma e Joinville, a criação da Comissão Interinstitucional da AIDS e a proposta de ampliação do Laboratório Industrial Farmacêutico.¹²²

Até este momento, o Secretário Martinho Ghizzo tinha tratado a reforma sanitária com desconfiança, muitas vezes resistindo à proposta por entender que a adesão do estado à mesma significava o reforço das outras duas lideranças políticas vinculadas mais historicamente ao projeto (O Superintendente Regional do INAMPS e o Secretário Adjunto). Na avaliação de um dirigente da Fundação Hospitalar na época, a atuação hesitante da Secretaria tinha relação direta com a posição assumida pelo Secretário:

"Eu achei que a SES não assumiu isso. O Martinho é meu amigo, mas na época ficou em cima do muro. Neste ponto o Martinho teve condições de fazer, ele poderia ter tocado o processo. A gente sabia que era um processo lento, mas tinha que vender a idéia, e isso nunca foi feito. Então a gente ficava ali como estranho... Então eu acho que a atuação da SES foi ruim"¹²³.

As viagens do Secretário a Brasília, no entanto, indicavam que um esforço muito grande estava sendo feito em nível nacional para a produção de uma aliança de interesses que ligasse as administrações estaduais e a federal em torno do projeto de aprofundamento das AIS.

O Secretário da Saúde Martinho Ghizzo, neste sentido, no retorno de participação em reunião do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, onde foi discutida a "co-gestão", se posicionou mais favoravelmente com relação ao tema: "A idéia é muito boa. É redentora, ou o início da redenção da saúde em Santa Catarina e no Brasil".¹²⁴ Apesar deste ponto de vista, o Secretário permaneceu neste período sempre um passo atrás em relação aos que defendiam a reforma sanitária de longa data. Neste sentido, a posição do Secretário foi sistematicamente a de aguardar novas informações em relação à origem do dinheiro a ser transferido aos estados, o montante que caberia a cada órgão e a quais obrigações se submeteriam os envolvidos, para só então definir-se a contatar o Governador e discutir a assinatura do convênio da "co-gestão". A hipótese de que o Secretário

¹²² Ata das Reuniões da CIS de 19/05/87 e 26/05/87.

¹²³ BONASSIS, João Batista. *Entrevista ao autor*. 1993.

¹²⁴ Diário Catarinense, 19/06/87, p. 9.

Martinho se protegia com evasivas por desconhecer o projeto em sua profundidade é reforçada pelas freqüentes notícias que ele mesmo indicava sobre estudos e análises que se realizavam sobre a proposta federal pelos técnicos da SES, estudos estes nunca confirmados de fato. Outra explicação para o posicionamento dúbio do coordenador político do processo no estado pode ser dada pelo jogo de pressões que estava sendo exercido sobre o Secretário, tendo como origem os profissionais da FHSC por um lado, e o Movimento Sanitário por outro, fazendo o titular da saúde balançar entre os dois projetos em conflito e impedindo-se a uma definição mais clara com relação ao convênio. Neste sentido, a própria forma como era tratada a reforma sanitária em Santa Catarina - através da expressão *co-gestão* - termo vinculado ao financiamento da área hospitalar e privilegiando o caráter burocrático de um processo muito mais amplo, discussão que se fará no seguimento deste trabalho, dava indícios dos obstáculos que se colocavam ao avanço das propostas de transformação setorial.

Em 20 de junho, Martinho Ghizzo acrescentou ao conjunto das informações já divulgadas à opinião pública, a notícia de que a "co-gestão" funcionaria assim: o INAMPS entraria com 70% dos recursos e a SES administraria os mesmos, a serem utilizados na reforma e adequação de áreas físicas, compra de equipamentos, material médico-hospitalar, de enfermagem e laboratório. Ao mesmo tempo, a Secretaria informou que em vinte dias teria o resultado de levantamento das necessidades físicas, de equipamento e de pessoal das unidades hospitalares. As colocações do Secretário, em geral dando conta de uma visão reduzida e fragmentada do processo que ocorria sob o patrocínio do governo federal, na verdade não escondiam que o interesse primário que pontuava as negociações se restringia apenas ao repasse de recursos. Por outro lado, a proposta de destinação destes recursos fundamentalmente para investimentos em construções, reformas, equipamento e reequipamento de unidades de saúde, apesar das evidentes necessidades desta ordem, escondiam igualmente o predomínio, entre os técnicos da Secretaria, da lógica dominante, que privilegiava os investimentos sobre o custeio e os serviços hospitalares sobre os serviços básicos de saúde. Os gastos com custeio, desenvolvimento gerencial e aperfeiçoamento e reciclagem de pessoal em geral, e a rede básica de saúde e suas atividades mais típicas, as ações de saúde pública, foram, não por acaso, neste momento excluídas do discurso do timoneiro do processo de implantação do SUS em Santa Catarina.

No entendimento do Superintendente Regional do INAMPS na época, órgão irradiador das reformas setoriais, Martinho Ghizzo e o próprio estado nunca chegaram a entender a profundidade do processo que se desenvolvia na área da saúde:

"Neste período, em que pese todo o esforço, eu acho que ele não percebeu, em momento nenhum, a importância da tarefa que o estado estava assumindo. Eu julgo que não. Não me lembro bem

como isso se dava. Eu sei que foi bem tumultuado esse período, apesar de se ter feito o esforço mais amplo possível de repassar as atividades".¹²⁵

Após marchas e contramarchas, marcou-se a visita do Ministro da Previdência e Assistência Social para o dia 14 de agosto para formalizar a assinatura do Convênio que associaria o estado ao governo federal na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS em Santa Catarina, e que explicitava que todos os recursos federais no estado passariam a ser administrados pela SES, com a transformação do INAMPS em órgão repassador de verbas.¹²⁶ No dia seguinte, noticiou-se o valor do convênio: 3 bilhões de cruzados repassados pelo INAMPS, com contrapartida de 30% do estado (900 milhões de cruzados). "A saúde catarinense nunca viu tanto dinheiro".¹²⁷

A iminente assinatura do convênio assumiu a maior parte do espaço reservado pela imprensa para as questões de saúde, em geral colocando a possibilidade de um melhor atendimento com o novo sistema: com a implantação, a população teria garantida assistência igual para todas as classes sociais. O Secretário Martinho Ghizzo, em entrevista ao repórter, sintetizou as duas divergências para a assinatura do convênio: ele se posicionava a favor da execução da política de saúde pela Secretaria, cabendo à CIS o papel de acompanhamento, controle e avaliação da mesma. O Ministério, segundo Martinho Ghizzo, tinha intenção contrária neste sentido, propondo a criação de um Conselho Estadual de Saúde que traçaria e fiscalizaria a política estadual de saúde, transferindo para a CIS o poder de execução da mesma (sic). A outra divergência dizia respeito à implantação da isonomia salarial. O Ministério exigia a criação de um quadro para correção das diferenças salariais entre os três níveis de governo. Martinho Ghizzo defendia a assinatura desta cláusula no decorrer da implantação do SUDS, tendo em vista as dificuldades momentâneas do estado.¹²⁸

A Associação dos Serviços Municipais de Saúde de Santa Catarina - ASSESC, através do seu presidente Fernando Viana, também Secretário Municipal da Saúde de Blumenau, se posicionou favorável à municipalização dos serviços de saúde e à extensão da assistência médico-hospitalar "*para a população de baixa renda*" (grifo do autor)¹²⁹, deixando transparecer uma visão restrita da proposta e segmentada da sociedade. Este entendimento da reorganização setorial acabou se concretizando com o fenômeno da *universalização excludente*¹³⁰, caracterizado pela

¹²⁵ BARATIERI, Ricardo. *Entrevista ao autor*. 1993.

¹²⁶ Diário Catarinense, 04/08/87, p. 3.

¹²⁷ Diário Catarinense, 09/08/87, p. 3.

¹²⁸ Diário Catarinense, 13/08/87, p. 10.

¹²⁹ Diário Catarinense, 14/8/87, p. 3.

¹³⁰ FAVARET F^o, Paulo e OLIVEIRA, Pedro. *A Universalização Excludente: Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. Rio de Janeiro, UFRJ/IEI, 1989.

migração da classe média para sistemas de saúde supletivos ao mesmo tempo em que o sistema de saúde assumia o cuidado de parcelas da sociedade até então excluídas da assistência médica pública. Apesar dos princípios universalistas levantados como base da transformação setorial, as notícias de jornal insistiam em colocar as transformações setoriais como necessárias apenas para melhorar o atendimento às parcelas mais carentes da população. A idéia de serviços diferenciados pela posição social dos indivíduos, rotulados entretanto com as características do SUS tornar-se-ia cada vez mais dominante nas discussões. As reivindicações que colocavam os serviços de saúde como direitos líquidos e certos da cidadania que habita todos os integrantes da sociedade pareciam limitadas ao espaço político-jurídico da questão. Este componente ideológico que valorizou os princípios da reforma sanitária enquanto mantinha intocado no imaginário social um sistema sustentado pela iniquidade em relação ao acesso aos serviços de saúde foi uma das questões críticas do período e será aprofundado adiante, em capítulo próprio.

Pouco depois, sob o título "Santa Catarina tenta hoje acerto com o governo", o Secretário Adjunto da Saúde, informando da passagem do Ministro da Previdência Social pelo estado, indicou ser Santa Catarina "uma das poucas Secretarias do país que ainda não assinou o convênio de "co-gestão" com o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social", acrescentando que com a implantação do projeto poderia se processar a unificação do DSP, FHSC e SES, com extinção de cargos de confiança, a transferência da assistência primária para a administração municipal, assumindo o estado a gestão dos serviços mais complexos, inclusive com a retomada de hospitais sob a administração de terceiros. O INAMPS, neste novo arranjo, diminuiria a defasagem nas tabelas de serviços que prejudicavam os prestadores contratados e contribuiria para a isonomia salarial entre os servidores públicos estaduais e federais que trabalhavam no setor, na época com defasagens acima de 100%. O convênio incluiria ainda recursos do Ministério da Educação e Cultura para conclusão de obras do Hospital Universitário e a recuperação de escolas atingidas por vendaval¹³¹.

Editorial do Diário Catarinense sob o título "Saúde: unificação e descentralização" no dia seguinte, criticou as vozes contrárias à "co-gestão" sob o argumento de que o plano seria ambicioso demais ou mais um jogo do governo federal. O candidato de oposição à Associação Catarinense de Medicina - ACM acusou os que se posicionavam contra a proposta do SUDS: "são uma minoria que usa os recursos da rede hospitalar pública em benefício próprio."¹³²

¹³¹ Diário Catarinense, op. cit.

¹³² DRUMMOND, José Paulo. in DIÁRIO CATARINENSE, 15/08/87, p. 4.

De forma surpreendente, o ministro da Previdência, por falta de consenso entre as partes, voltou a Brasília sem formalizar a assinatura do convênio. Martinho Ghizzo se defendeu neste episódio dizendo que "se dependesse de mim o convênio seria assinado hoje", explicando que o SUDS implicava na retração federal como executor das ações de saúde, que passariam para a SES e Secretarias Municipais de Saúde, o principal passo para a Reforma Sanitária. Os impasses que tinham impedido a assinatura do convênio foram a isonomia salarial, a descentralização da rede federal e estadual para os municípios, a ampliação das Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS (estadual) e CIMS (municipais), a necessidade de reestruturar setores distintos e o financiamento da "co-gestão".

A situação concreta, entretanto, do lado dos interessados na assinatura do convênio, se relacionava com os reais propósitos do Secretário Martinho Ghizzo, que inspiravam grande insegurança nos militantes da reforma sanitária tanto em nível estadual como em nível federal, contribuindo para o impasse com relação à adesão do estado ao SUDS.

Do lado da administração estadual, no que dizia respeito ao interesse de enfrentar o desafio de modernizar o aparelho administrativo-burocrático do estado, resultado esperado do convênio SUDS, as resistências ao processo de assinatura do mesmo davam sinais da existência de interesses poderosos contrariados, sendo a adesão ao mesmo adiada por vários motivos, inclusive por "falta de tempo do governador em examinar os projetos".^{133 134}

Apesar de tudo, entretanto, o convênio acabou sendo assinado pouco menos de um mês depois, nesta oportunidade obrigando o Secretário Martinho Ghizzo a formalizá-lo em Brasília. A decisão de agilizar a assinatura do mesmo foi tomada, ao que tudo indica, a partir da avaliação do Governador Pedro Ivo e do próprio Secretário, de que os valores envolvidos no convênio eram suficientes para superar

¹³³ Diário Catarinense, 18/08/87, p. 4.

¹³⁴ A análise do então Coordenador de Planejamento em torno da atitude vacilante do Secretário em relação ao convênio seria assim colocada "o Dr. Martinho, junto com o pessoal que ele nomeou para a Fundação Hospitalar, entre outros cargos, tinha uma visão no meu entender equivocada do Sistema Único de Saúde, de tal maneira que lhes parecia que o SUS ia prejudicar interesses principalmente corporativos, o pró-labore, a Autorização de Internação Hospitalar - AIH, que era o pagamento dos médicos da FHSC, e esses discursos sempre foram os argumentos maiores contra a implantação imediata do SUS. Isto tanto é verdade que a gente teve dificuldade, mesmo sendo uma política nacional e o MS quase forçando, o MPAS na época quase que impondo a assinatura de convênios com os estados. A SES na época resistiu profundamente a assinar o convênio, ou seja, não tinha interesse em promover aquela transformação. Só quando nós saímos, em setembro de 1987, depois de muita conversa, o Presidente do INAMPS conversou com o Secretário, e o estado assinou o convênio; mas assinou mais como uma fonte de recursos do que pelo conteúdo. A proposta do SUDS não era uma coisa incorporada pela Secretaria. Tanto que assinou o convênio e nós, que representávamos o movimento sanitário, éramos o único setor da burocracia da Secretaria que tinha compromisso com a proposta, tínhamos sido demitidos, exonerados, bombardeados na véspera." KNOLL, Biaze Manger. *Entrevista ao autor*. 1993.

qualquer divergência de ordem ideológica até o momento valorizada, além do que a situação financeira precária vivida pela administração estadual naquele momento obrigava a aceitação de qualquer recurso adicional para viabilizar a própria governabilidade geral e setorial¹³⁵.

Do ponto de vista estratégico, da mesma forma, o Secretário esperava a assinatura do convênio para assumir os recursos necessários para iniciar a administrar o setor, o que até então não tinha ocorrido pela absoluta carência de recursos financeiros, excluindo ao mesmo tempo da liderança do processo a Superintendência do INAMPS, reduzida em atribuições por força do próprio convênio, e a figura do Secretário Adjunto, Orazil Coelho Pina, a partir de decisão pessoal de exonerar seus principais assessores. A direção do processo de adesão ao convênio, até então concentrada na Coordenação de Planejamento da SES, foi sumariamente afastada da administração estadual na véspera da assinatura do convênio SUDS.

O Diário Catarinense de 10.09.87¹³⁶ informou finalmente a assinatura do convênio que formalizava a implantação do SUDS no estado, passando o Hospital Florianópolis e os 41 Postos de Assistência Médica - PAM's do INAMPS no estado à rede estadual de 563 unidades de saúde já existentes, formando uma rede única de atenção e estadualizando a prestação de serviços de saúde pública com eliminação do paralelismo de ações, racionalizando e tornando mais eficiente a prestação de serviços de saúde para a população. O Ministro da Previdência, ao formalizar o acordo, disse que "o posto deve ser um referencial de saúde para os brasileiros". O Ministro enfatizou que a estadualização e a unificação do sistema de saúde era parte integrante da política do Presidente José Sarney e não um projeto isolado do MPAS e do MS, negando notícia publicada na Folha de São Paulo de que o Presidente tinha considerado a ação do MPAS "um golpe".

No dia seguinte, Martinho Ghizzo prometeu aprimorar os hospitais catarinenses com parte dos recursos da co-gestão, reativando também postos de saúde pública. Discriminando a proposta de utilização dos recursos, o Secretário informou a

¹³⁵ Maria Tereza Locks, Coordenadora de Planejamento do INAMPS na época da assinatura do convênio assim apresentou a situação: "o Ministério fez um convênio padrão e mandou para os estados, para que na reunião da CIS todos tomassem conhecimento do seu conteúdo. No convênio, ele falava primeiro na questão da produção. Seria pago o que se produzisse. O Estado não gostou desse item e de umas outras cláusulas no convênio, como por exemplo a questão do pagamento de gratificação. Ele também definia que 30% dela seria bancada pelo nível federal durante um tempo determinado. Ou seja, dali para a frente o Estado teria que elaborar um plano de cargos e salários e, com recursos próprios, bancar a isonomia. Isto trouxe bastante reação por parte do Secretário da Saúde e da Secretaria da Saúde com relação à questão da assinatura. O único argumento que funcionou na época, eu me lembro, foi dizer: é assim ou não tem escolha. O convênio à disposição era padrão. Ou seja, ou o Estado aumentava a sua produção e passava a ter mais recursos, ou ia ficar de lado. Aí até o Governador entrou na parada também. Foi por pressão do Governador e também da CIS, que houve a assinatura do convênio SUDS." LOCKS, Maria Tereza. **Entrevista ao autor**, 1992.

¹³⁶ Diário Catarinense, 10/09/87, p. 4 e 8.

intenção de investir nos hospitais e mais especificamente no Hospital Governador Celso Ramos, que teria sua emergência concluída e diversas alas recuperadas. O Hospital Colônia Santana também seria priorizado, com a criação de condições para o desenvolvimento e recuperação dos pacientes, como hortas e outras atividades. Os hospitais de Lages, Joinville, Araranguá e Rio do Sul também seriam beneficiados, bem como seriam aplicados recursos na implementação da isonomia salarial e na compra de área física para abrigar a Secretaria Estadual da Saúde após a unificação. Os recursos da primeira parcela do convênio, setecentos e noventa e quatro milhões de cruzados a serem liberados quinze dias após a publicação do convênio no Diário Oficial da União, também seriam utilizados para a reabertura de muitos postos de saúde até então fechados por falta de pessoal e equipamentos. A segunda e a terceira parcelas, cada uma de setecentos milhões, totalizando dois bilhões cento e noventa e quatro milhões de cruzados, ficaram para ser liberadas após a comprovação do gasto das parcelas precedentes.

A Associação Catarinense dos Servidores da Previdência Social - ACASEPS, avaliando o quadro institucional que colocava em cheque a própria existência das estruturas federais no estado, se posicionou contra a assinatura do convênio que institucionalizava o novo sistema, argumentando ser "a estadualização e a municipalização um pacote que se encaminha para a privatização do setor". Os dirigentes da entidade duvidavam que os recursos da unificação seriam de fato utilizados na área da saúde, sendo mais provável que viessem na verdade a desafogar o estado da sua condição financeira pré-falimentar. Esta posição e a conjuntura desfavorável e instável dos servidores federais com o processo de descentralização seria o substrato que levaria à deflagração de movimento grevista entre os previdenciários, com adesão de 70% em todo o país, levando o MPAS a publicar inclusive nota oficial em jornais de todo o Brasil.¹³⁷ Esta greve foi superada com a incorporação de inúmeras vantagens salariais aos servidores, que só retornariam ao trabalho em 07/10/87.

6.2. Crise na condução do SUDS em Santa Catarina.

Na Secretaria Estadual da Saúde, no dia seguinte à assinatura do convênio SUDS, explicitou-se o conflito entre o Secretário Martinho Ghizzo e seu Adjunto Orazil Coelho Pina.

Os jornais dos dias subseqüentes publicaram inúmeras reportagens com troca de acusações entre os dois dirigentes estaduais. A crise foi desencadeada pela exoneração de cinco ocupantes de cargos de confiança da Secretaria, entre os quais o

¹³⁷ Diário Catarinense, 17/09/87, p. 3.

autor, todos indicados pelo Secretário Adjunto e atuando na Coordenação de Planejamento da Secretaria. Acusando o Secretário de tramar a sua saída, Orasil disse que foi avisado na "sexta-feira de que o Coordenador de Planejamento e quatro assessores seriam demitidos. São pessoas indicadas por mim e suas demissões comprometem minha permanência no cargo". Historiando as divergências, Orasil disse que elas se acentuaram depois da implantação da "co-gestão", em virtude de ter o Secretário um projeto pessoal essencialmente clientelista, com a disputa provável da prefeitura de Araranguá, sendo importante que o Planejamento da Secretaria aprovasse alguns projetos que fugiam ao interesse de Santa Catarina. Orasil informou que os cinco assessores eram filiados ao PMDB (sic), e que na verdade eram os únicos assessores do partido na Secretaria. Os demais seriam oriundos do PDS, e indicações do Secretário. Anita Pires, da direção do PMDB, negaria a crise no governo dizendo que as dificuldades de relacionamento entre Orasil e Martinho já eram conhecidas e que "Ghizzo deve ter cedido às pressões dos médicos da FHSC ameaçados com a perda de privilégios, causando a reação de Pina."¹³⁸, ¹³⁹

A Assembléia Legislativa também decidiu solicitar informações a respeito da "co-gestão", convocando Martinho Ghizzo e Ricardo Baratieri para esclarecimentos. A liderança do PMDB estava preocupada com a transferência das filas do INAMPS para a administração do estado, sendo a SES justamente a Secretaria mais desfalcada do país, tendo necessidade de uma reforma urgente.¹⁴⁰

Martinho Ghizzo explicou as demissões por divergências na condução da "co-gestão" e nas diretrizes da reforma administrativa, informando a chegada dos recursos da primeira parcela do convênio SUDS em 15 dias e desmentindo que os 100 milhões de cruzados para a compra do prédio da Secretaria eram parte dos recursos da co-gestão (sic). Orasil, informando que conversaria com o governador, admitiu um

¹³⁸ Diário Catarinense, 21/09/87, p. 15.

¹³⁹ Na avaliação de Márcio Vieira Ângelo, então Chefe do Serviço de Medicina Social do INAMPS, o conflito tinha se iniciado a partir de um equívoco do Governador. "O grande episódio da Secretaria, o conflito Martinho Ghizzo x Orasil, (foi) decorrente da escolha do governador que não teve muita clareza no que ele queria em termos de saúde. Na verdade ele chamou o Baratieri prá fazer o plano de governo, prá que (o plano) tivesse trânsito na esquerda, que era o eleitorado que ele captava, ele se batia contra a direita, já que ele transitava na centro-esquerda. Nós todos trabalhamos nisso. Na hora de implementar, na hora de executar, ele trouxe um cara que não conhecia uma vírgula do plano. Então esse foi o grande embate que nós tivemos. A gente de certo modo se sentiu até traído por ter gestado uma proposta com todo o critério que a gente podia considerar na época - ideológico, técnico e tudo mais, e ela foi entregue a um indivíduo que inclusive tinha ligações com aquela administração com quem a gente se debateu: as ligações familiares dele com o João Ghizzo... A presença do Martinho Ghizzo no PMDB era acidental, não tinha nenhum vínculo ideológico. Ele fazia parte do PMDB - partido ônibus, que carregava todos que não queriam ficar no outro lado. Então aquele episódio que parecia apenas uma briga de poder, na verdade trazia toda a mágoa do pessoal que era integrante do movimento sanitário e que não confiava no Martinho como homem capaz de levar aquelas idéias que estavam no projeto adiante. Na verdade, indiretamente, (com o episódio) houve uma ruptura com o próprio Governo Pedro Ivo na época". ANGELO, Mário Vieira. *Entrevista ao autor*, 1993.

¹⁴⁰ Diário Catarinense, 32/09/87, p. 9.

entendimento com Martinho Ghizzo desde que as diretrizes da Reforma Sanitária e as propostas previstas no programa de campanha do PMDB passassem a ser observadas à risca.¹⁴¹

Em Lages, o IIº Simpósio sobre Política Municipal de Saúde reuniu mais de 400 profissionais do estado, com a presença de Martinho Ghizzo, Orasil Pina e Ricardo Baratieri. Martinho denunciou que "a saúde está sendo esquecida e discriminada, e deve ser vista de uma forma integral, com o direito à moradia, alimentação sadia e educação". Em Florianópolis, os jornais noticiaram o desejo do governador de que os dois auxiliares se reconciliassem. Pedro Ivo identificou a origem dos desentendimentos na demora da assinatura do convênio da "co-gestão".¹⁴²

O impasse em torno das demissões na Secretaria Estadual de Saúde se acirrou com a intransigência das partes. O Secretário assumiu a posição de manter as demissões "por serem de natureza pessoal", e Orasil aguardou a volta dos funcionários por terem os demitidos acompanhado a Reforma Sanitária desde o seu início e por ter solicitado ao governador o retorno dos mesmos. O Diário Oficial que publicaria as demissões foi retido por ordem do Palácio Santa Catarina, sendo os atos de exoneração somente publicados em 20 de outubro, mais de 30 dias após o início do episódio. Orasil informou então o adiamento da sua demissão, aguardando uma negociação com Martinho Ghizzo mediada pelo Governador Pedro Ivo e pelo Chefe da Casa Civil, Saulo Vieira.¹⁴³

Alguns anos depois, Martinho Ghizzo assim se referiu ao episódio, situando-se em relação ao Secretário Adjunto:

"Eu tenho a visão do político, não do político-partidário, mas do político, um representante do Governador que vai agir em função da implantação de uma política de saúde como o SUDS. A minha ação não vai ser de natureza administrativa, até porque não tenho experiência de natureza administrativa - contratar funcionários, fazer levantamentos. Eu vou ser o comandante, o visor da coisa, o homem que vai agir politicamente, usando o sentido da palavra política no sentido da busca da ação. Eu acho, e esta é uma interpretação muito pessoal, que o Orasil, um homem experimentado administrativamente, já tinha passado por uma experiência (*Secretário Municipal de Saúde de Criciúma*), e não se conformava em ficar como Secretário Adjunto"¹⁴⁴.

Mesmo o consenso quase absoluto em torno da descentralização produzida pelo SUDS não impediu, ao nível estadual, violentas críticas em relação ao teor do Substitutivo Bernardo Cabral, relator da Constituição. Sob o título "Saúde em perigo", o articulista do Diário Catarinense, focalizando o dispositivo que garantiu o caráter

¹⁴¹ Diário Catarinense, 25/09/87, p. 3 e 10.

¹⁴² Diário Catarinense, 26/09/87, p. 9.

¹⁴³ Diário Catarinense, 15/10/87, p. 9.

¹⁴⁴ GHIZZO, Martinho Herculano. *Entrevista ao autor*. 1992.

supletivo aos serviços privados contratados pelo Sistema Único de Saúde, acusou o seu objetivo evidente de estatizar os serviços de saúde no Brasil e de relegar a iniciativa privada a uma participação meramente supletiva no campo do atendimento médico no Brasil. O jornal denunciou também o monopólio do Estado na importação de equipamentos médico-hospitalares, medicamentos e matérias primas para a indústria farmacêutica.¹⁴⁵

Martinho Ghizzo reconheceu publicamente neste período a precariedade das Unidades Sanitárias do estado, negando no entanto a perspectiva de declarar estado de calamidade pública nas unidades da FHSC. O Secretário informou que tão logo chegasse a primeira parcela do SUDS seriam iniciadas as melhorias, que atingiriam 105 das 500 unidades sanitárias do estado, bem como os Hospitais Darcy Vargas (Joinville), Teresa Ramos (Lages) e Celso Ramos (Florianópolis) em sua área física, e o Hospital Regional de São José com a contratação de pessoal. Ghizzo informou ainda que um bilhão dos dois bilhões, cento e noventa e quatro milhões de cruzados do convênio SUDS seriam investidos em melhorias na rede pública estadual¹⁴⁶.

A falta de uma política estadual clara para o setor se autodenunciava pelas notícias contraditórias divulgadas muitas vezes na mesma folha dos jornais: ao mesmo tempo em que o DSP divulgava a solicitação à Secretaria de Administração de pedido para a criação de 177 vagas de inspetor de fiscalização e de 526 para agente de saúde pública, divulgando que existiam na época 0,6 funcionários estaduais atuando na vigilância sanitária/município contra 0,2 no início do governo, representantes das Secretarias de Saúde de todos os municípios do estado eram convidadas a participar de um encontro com a CIS para discutir a proposta de municipalização dos serviços para o setor. O novo Coordenador de Planejamento da SES neste encontro informou que a transferência da gestão técnica e administrativa das Unidades Sanitárias do estado para os municípios era parte integrante da proposta do SUS e só aconteceria por iniciativa do poder municipal.¹⁴⁷

Em 12 de novembro, divulgada a liberação da primeira parcela da "co-gestão", os recursos foram imediatamente transferidos para o Departamento Autônomo de Edificações - DAE, para o início de obras já definidas e contratadas com aquela autarquia. O Presidente da ASSESC, Fernando Viana, Secretário Municipal da Saúde de Blumenau, disse que não via o menor problema para a implantação do SUDS, abrindo a perspectiva de uma municipalização rápida. O Secretário Municipal da Saúde de Joinville, Dario Salles, informou que até aquele

¹⁴⁵ Diário Catarinense, 02/11/87, p. 2.

¹⁴⁶ Diário Catarinense, 09/11/87, p. 8.

¹⁴⁷ Diário Catarinense, 11/11/87, p. 9.

momento ainda não tinha sido explicado aos municípios como o governo estadual pretendia implantar o SUDS, a isonomia, etc.¹⁴⁸

Em nível nacional, avançava a proposta do movimento sanitário no nível político-jurídico, repercutindo intensamente a aprovação do capítulo da saúde na Assembléia Nacional Constituinte. Em Santa Catarina os meios de divulgação salientaram a supressão do monopólio estatal da importação de equipamentos, criticando o caráter estatizante da proposta aprovada.^{149 150}

Notícias divulgadas pelos veículos de imprensa informaram as repercussões, em vários níveis, da nova política de saúde, enfatizando a injeção de recursos no setor público: a FHSC informou nesta época a inauguração do Instituto de Cardiologia, instalado nas dependências do Hospital Regional de São José, com 80 leitos e 237 funcionários. A Prefeitura de Florianópolis informou a abertura de laboratório de análises clínicas no bairro Estreito com recursos AIS, ao mesmo tempo em que o Hospital de Caridade era denunciado por discriminação de clientela, sendo suspensos os auxílios públicos do INAMPS à entidade até seu retorno à linha de atendimento apropriada a uma instituição filantrópica. Em Videira, o Coordenador de Saúde do Município disse que médicos boicotavam o sistema municipal de saúde encaminhando receitas com remédios não disponíveis e encaminhamentos desnecessários. O objetivo dos profissionais, o desgaste do sistema público, era motivado pelo esvaziamento dos consultórios privados após a implantação da rede municipal. Em Anchieta, a Prefeitura comprou o Hospital privado existente no município com recursos AIS e com auxílio do Ministério da Saúde.¹⁵¹

A isonomia salarial entre funcionários da saúde vinculados ao estado (SES, DSP e FHSC) e à União (FSESP, SUCAN e INAMPS), programada com recursos transferidos pela União no bojo do convênio SUDS acabou se tornando importante ponto de conflito entre a administração estadual e seus servidores, monopolizando a temática da saúde dentro e fora da administração pública durante todo o mês de dezembro de 1987 e provocando ameaças de radicalização e variadas pressões corporativas.

O Secretário da Saúde, interessado na repercussão favorável que a suplementação produziria junto aos servidores estaduais, que dobraria o salário de algumas categorias, divulgou em 02 de dezembro a finalização dos estudos que viabilizariam a isonomia no interior do SUDS, sendo imediatamente desautorizado pelo Secretário da Administração, em nome do Governo estadual, sob o argumento de

¹⁴⁸ Diário Catarinense, 12/11/87, p. 10.

¹⁴⁹ Diário Catarinense, 13/11/87, p. 14.

¹⁵⁰ A este respeito, ver capítulo específico com análise da dinâmica do projeto neoliberal que hegemonizava as análises produzidas no período.

¹⁵¹ Diário Catarinense, 27/11/87, p. 4; 29/11/87, pp. 14-15; 1o/12/87, p. 5 e 21/12/87, p. 3.

que não poderia haver discriminação em relação ao resto do funcionalismo estadual. Os valores alocados para este fim, em torno de 200 milhões de cruzados, com o atraso da sua utilização tornaram-se também obstáculo para a prestação de contas que o estado estava obrigado a fazer dos recursos já recebidos, habilitando-o ao recebimento de novas parcelas. No dia 10 de dezembro, servidores do DSP divulgaram paralisação para a sexta-feira da mesma semana, pressionando pela isonomia. O governo não produzia solução técnica e política para o caso, e o Secretário Martinho acabou recuando, dizendo que a isonomia só seria paga se houvesse meio legal para isso. Em 11 de dezembro a SES divulgou aos servidores que pagaria a isonomia em um prazo de nove dias. A notícia informou que a gratificação, retroativa ao mês de outubro, consumiria 206 milhões da primeira parcela e 103 milhões da terceira. O Secretário Adjunto Orasil Pina explicou ao repórter que a equiparação salarial era imprescindível em razão das transferências cada vez mais comuns de profissionais com vínculo da União ou do estado para os municípios, o que exigiria salários iguais¹⁵².

A Secretaria da Saúde, interessada em agilizar a liberação plena dos recursos conveniados junto à previdência social, convocou reunião da CIS para prestar conta do destino dos recursos da primeira parcela do convênio SUDS. Esta prestação de contas, como já foi salientado, era pré-requisito para que o estado se habilitasse às demais parcelas do Convênio. A reunião foi adiada, entretanto, por ter a Secretaria apenas listado os gastos, não os comprovando com os documentos hábeis. O Superintendente do INAMPS, Ricardo Baratieri criticou a lentidão do processo de implantação do SUDS no estado.¹⁵³

No início de 1988 o Ministério da Saúde informou o repasse de 627 milhões de cruzados a Santa Catarina, destinados à construção, ampliação e reformas em unidades ambulatoriais e hospitalares em 28 municípios catarinenses (Cz\$ 27.435.000), a distribuição de 642 farmácias básicas, espécie de "cesta" de medicamentos em todos os municípios catarinenses (Cz\$ 566.080.000) e a compra de material odontológico portátil e ambulatorial, incluindo auxílio para a construção de 5 Unidades Sanitárias e para o Hospital São José de Joinville (Cz\$ 34.080.000)¹⁵⁴. A notícia, inclusive pelo seu deslocamento, indicava sinais de ruptura no projeto de unificação das estruturas gerenciais na esfera federal, desvalorizando o projeto da unificação orçamentária até então sustentado pelo nível federal como estratégia em direção ao SUS, uma vez que os recursos liberados não faziam parte do Convênio SUDS, não tinham sido aprovados pela CIS nem estavam incluídos na Programação

¹⁵² Diário Catarinense, 02/12/87, p. 10; 07/12/87, p. 7; 10/12/87, p. 3-4; 11/12/87, p. 5.

¹⁵³ Diário Catarinense, 25/11/87, p. 3.

¹⁵⁴ Diário Catarinense, 09/01/88, p. 3.

Orçamentária Integrada - POI 87. O fato significou na realidade o retorno do Ministério da Saúde às suas tradicionais práticas clientelistas, mais vinculadas ao atendimento de compromissos políticos do que com a viabilização de um projeto de transformação do sistema de saúde.

A exoneração da Presidente da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública - FSESP, motivada pelo fato de ser ligada ao Senador Almir Gabriel (PMDB-PA)¹⁵⁵, parlamentar vinculado ao Movimento Sanitário, foi incluída na época como mais um indício de mudança de perfil no governo federal, com conseqüente alteração de seus projetos e linhas de ação, afetando, como se viu posteriormente, o desenvolvimento e a implantação do SUDS de forma dramática.

6.3. Um parêntesis: a municipalização da saúde em Santa Catarina.

Durante o ano de 1987, as Ações Integradas de Saúde - AIS tinham comprovado ser importante instrumento de ampliação do espaço público na produção de serviços de saúde no país e no estado. Os convênios realizados entre a Previdência Social e os municípios com a interveniência da Secretaria Estadual da Saúde tinham criado e ampliado as estruturas gerenciais e de produção de serviços básicos ambulatoriais em quase todos os municípios do estado, ao mesmo tempo em que sanitaristas e profissionais de saúde vinculados aos movimentos políticos de redemocratização e transformação do setor saúde assumiram funções administrativas em Secretarias Municipais de Saúde.

Em Rio do Sul o município contratou um médico sanitarista para a gerência dos serviços municipais de saúde, "para continuar a política de descentralização da medicina". O discurso do novo gerente municipal indicava na época o poder de mobilização atingido pelo Movimento Sanitário: "Queremos chegar a ponto de precisar cada vez menos combater a doença e cada vez mais impedir que ela se instale". As prioridades selecionadas para enfrentamento imediato no município foram a saúde escolar, saúde ocupacional, incentivo às comissões de saúde e o fechamento de postos de saúde centrais e sua realocação na periferia do município, trabalhando também com um modelo micro-regional.¹⁵⁶

No oeste do estado, Itapiranga, "município com sistema de saúde modelo, recebeu visita de técnicos de saúde de Caxambu do Sul, Pinhalzinho e Campo Erê"¹⁵⁷, reproduzindo em nível estadual o que as experiências isoladas de Montes Claros, Niterói, Londrina e outras cidades tinham representado na década anterior: o efeito-demonstração.

¹⁵⁵ Diário Catarinense, 10/01/88, p. 5.

¹⁵⁶ Diário Catarinense, 30/06/87, p. 8.

¹⁵⁷ Diário Catarinense, 1º/07/87, p. 7.

Criciúma, pioneiro na organização de uma rede básica municipal de assistência à saúde, já possuía a esta época 30 ambulatórios, 20 médicos, 6 enfermeiros, 11 odontólogos, 2 bioquímicos, 5 assistentes sociais e 54 atendentes de enfermagem, viabilizando o atendimento primário dos 100.000 habitantes do município.¹⁵⁸

Após a assinatura do convênio SUDS e da superação dos problemas decorrentes da exoneração do *staff* de planejamento da Secretaria e dos desdobramentos do pagamento da isonomia salarial, que ocupou a agenda do Gabinete até o final de 1987, Martinho Ghizzo iniciou a tratar da questão da municipalização, definindo que a mesma começaria pelo sul do estado, seu reduto eleitoral, o que posteriormente acabou não acontecendo.

A partir deste período tornou-se cada vez mais comum ver a divulgação, pelos meios de comunicação, dos resultados da atuação dos gestores municipais da área da saúde. Estas notícias, em geral produzidas a partir de relatórios apresentados pelas administrações municipais, sinalizavam sistematicamente para o processo de expansão e racionalização dos serviços públicos em desenvolvimento, juntamente com um maior compromisso do município com a prestação de contas e a transparência da ação pública. Da mesma forma, o atendimento mais resolutivo das necessidades da população usuária e a gradativa intimidade que as administrações municipais iam assumindo com as questões de saúde ficavam patentes para a opinião pública. Ituporanga, Blumenau, Joinville, Videira, Seara e Curitiba foram apenas alguns municípios com realizações na área de saúde divulgadas em poucas semanas.¹⁵⁹

A Secretaria Estadual de Saúde, dando continuidade ao processo de descentralização previsto no convênio SUDS, reuniu representantes de 44 municípios, apresentando as condições definidas pela CIS para a integração de cada município ao Sistema. Entre estas, estavam a necessidade do município apresentar Plano Municipal de Saúde afinado com a política nacional e estadual de saúde, a criação de Comissão Municipal de Saúde e a comprovação da existência de setor administrativo encarregado das atividades de saúde instalado no município.

Para muitos dos que participaram do processo de municipalização, ficou a impressão de que o estado assumiu o mesmo com o nítido interesse de se livrar da rede de serviços básicos até então sob sua responsabilidade, e principalmente dos problemas que ela lhe causava como demandante de soluções que a estrutura extremamente centralizada e ainda agravada pela crise financeira estadual tornava

¹⁵⁸ Idem, *ibidem*, p. 8.

¹⁵⁹ Diário Catarinense, 03/01/88, p. 5; 11/01/88, p. 9; 17/01/88, p. 9; 26/01/88, p. 3; 04/02/88, p. 8; 06/03/88, p. 15.

impossíveis oferecer. O Coordenador de Planejamento exonerado no ano anterior assim se referiu ao processo:

"...a Secretaria teve que cumprir algumas cláusulas contratuais, e o processo de municipalização veio por conta disso. Ele foi mais um processo de descentralização de unidades e serviços do que um processo de construção do Sistema Único. A Secretaria mais se livrou de alguns problemas do que construiu o Sistema. Em seguida, com a mudança do Secretário e a nova expectativa com o Walmor De Luca, uma pessoa vinculada aos movimentos sociais, mais o Baratieri, mais o Alan, parecia que nós teríamos uma nova perspectiva de construção do Sistema. E isso se frustrou novamente porque os interesses político-eleitorais imediatistas prejudicaram muito esse processo de construção. Tanto que os critérios de distribuição dos recursos do SUS aos municípios eram quase que completamente político-eleitorais, como a distribuição de equipamentos e ambulâncias. Os critérios eram clientelistas, eleitoreiros. Então a atuação da secretaria, apesar de ter descentralizado algumas unidades e pessoal do DSP aos municípios, foi burocrática."¹⁶⁰

A estratégia inicial da SES foi a de privilegiar os municípios mais desenvolvidos e afinados com as AIS neste primeiro momento, liberando recursos para reformas e ampliação de unidades da rede federal, estadual e municipal de saúde no valor de 250 milhões de cruzados já no mês de fevereiro de 1988.

Reforçando a impressão sobre o caráter isolado da ação da SES em relação à transferência da rede básica estadual para os municípios, acrescenta-se o fato de que os municípios catarinenses, no final de 1987, foram apenas informados da elaboração da Programação Orçamentária Integrada - POI 88/90 por técnicos da CIS, produzida de forma centralizada pela SES sob a justificativa de que esta sistemática era a única possível pelo exíguo prazo de entrega programado pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN: 28/01/88.

Sendo a POI um instrumento de planejamento ascendente delineado estrategicamente para instrumentalizar o processo de integração interinstitucional e de descentralização da gestão setorial, é estranho que a SES tenha informado aos municípios sobre a sua elaboração centralizada no nível estadual, quando na verdade cada município deveria coordenar a sua elaboração em nível local, cabendo ao estado apenas a sua consolidação e compatibilização com o Plano Estadual de Saúde¹⁶¹. A liberação imediata de recursos para construção de Unidades Sanitárias no sul do estado (Araranguá, Sanga da Toca, Morro dos Conventos e Morro da Fumaça), reduto eleitoral do Secretário, talvez explique melhor o interesse centralizador da gestão dos recursos colocados à disposição da administração estadual.¹⁶²

¹⁶⁰ KNOLL, Biaze Manger. **Entrevista ao autor**. 1993.

¹⁶¹ Diário Catarinense, 08/01/88, p. 3.

¹⁶² Diário Catarinense, 12/01/88, p. 11.

A SES, paralelamente, definiu o montante a ser repassado para os 22 municípios catarinenses que tinham assinado o convênio da municipalização do SUDS, discutindo detalhes do termo aditivo que permitiriam o repasse dos recursos. Os municípios se obrigaram, para se habilitarem ao convênio, a apresentar relatório de atividades e suas propostas para a incorporação da rede federal e estadual existente ao sistema municipal de saúde.

O estado estimava que os grandes municípios (Blumenau, Joinville e Criciúma) receberiam cerca de 300 milhões de cruzados/ano cada um, destinando esta verba para a manutenção, ampliação e reforma dos serviços e a manutenção da isonomia salarial. Orasil Pina, neste mesmo período, informou que até março de 88 mais 40 municípios deveriam assinar o convênio, estando o processo de municipalização concluído em dois anos.¹⁶³

A conclusão do Plano Estadual de Saúde, um desdobramento natural da Programação e Orçamentação Integrada - POI, noticiada em 03/03/88, segundo Martinho Ghizzo, "se confunde com o SUDS e busca fazer do estado o grande comandante das ações de saúde, tendo os municípios como gerentes através do processo de municipalização".¹⁶⁴

A Associação dos Serviços Municipais de Saúde de Santa Catarina - ASSESC, que assessorou o estado na definição dos critérios para a municipalização, na época hegemônica pelos grandes municípios, especialmente Criciúma, Blumenau e Itajai, parece ter sucumbido neste processo à defesa de interesses particulares, favorecendo a produção de condições que beneficiaram claramente os grandes municípios, parceiros do estado nas discussões relacionadas com a municipalização, e não o conjunto dos municípios representados pela entidade ou o reforço do processo de descentralização em geral.¹⁶⁵

Por estes e outros motivos, o processo de descentralização cristalizado pela POI desenvolvido em Santa Catarina recebeu avaliações federais bastante negativas (ver os próximos dois capítulos), o que, associado com a perspectiva de cortes no orçamento federal já relacionados com a fragilização da administração progressista da saúde no âmbito federal, determinou a definição orçamentária de apenas 12 bilhões de cruzados para Santa Catarina em 1988. Este valor chocou profundamente a direção da SES em Santa Catarina, colidindo frontalmente com a proposta apresentada pelo estado, que se aproximava dos 36 bilhões de cruzados. Ficaram frustradas,

¹⁶³ Diário Catarinense, 26/01/88, p. 3.

¹⁶⁴ Diário Catarinense, 03/03/88, p. 7.

¹⁶⁵ Os grandes municípios já tinham sido privilegiados em 12/85 na assinatura direta do Convênio AIS com a Previdência Social. Naquela oportunidade, tinham sido contemplados os municípios de Florianópolis, Joinville, Criciúma, Canelinha e Blumenau. O total dos municípios contemplados com as AIS sem a intervenção do estado foi de 12.

especialmente, as expectativas do Secretário Martinho Ghizzo em relação aos projetos que executaria com os recursos federais. Sobre este tema, o Secretário Martinho Ghizzo afirmou que os recursos propostos não atendiam às necessidades mínimas do estado. O Secretário aproveitou o momento para também acusar publicamente o governo federal de dificultar a unificação, apontando o rompimento do mesmo com a proposta de descentralização e unificação do sistema a partir de recentes medidas adotadas pelos Ministérios da Saúde e Previdência Social, que tinham descartado a unificação imediata das duas pastas, permanecendo o INAMPS com o controle dos recursos federais nos estados através de escritórios de representação. Martinho considerou a nova política dos dois ministérios centralizadora e descomprometida com as decisões da 8ª Conferência Nacional de Saúde¹⁶⁶, apesar da mesma não interferir diretamente na política de saúde do estado. A valoração dada pelo Secretário à desarticulação do poder do INAMPS na verdade, estava menos vinculada ao compromisso com os princípios da Reforma Sanitária e mais com a acumulação de poder representado pela Superintendência do INAMPS que, apesar da reformulação que diminuía suas atribuições, mantinha momentaneamente a controle da maioria dos serviços próprios ainda não repassados ao estado, além de um orçamento e uma estrutura administrativa que permanecia com o controle dos serviços conveniados e contratados com a previdência social, representando mais de 70% dos recursos públicos alocados ao setor saúde no estado.

As mazelas do sistema de saúde discriminador de clientela persistiram no noticiário com a frequência de sempre, apesar das diretrizes da universalização e unificação já definidas para os serviços de saúde. Estes alertas para os gestores públicos se davam na forma de solicitações de ajuda para o pagamento de cirurgias e tratamentos disponíveis no próprio sistema público de saúde¹⁶⁷ ou pelas constantes denúncias de recusa de atendimento por hospitais privados contratados pelo sistema.¹⁶⁸ Mesmo entre prestadores de serviços mais vinculados aos trabalhadores, como os sindicatos, que sempre tiveram convênios com a previdência para prestação de serviços ambulatoriais aos seus associados, a lógica da universalidade dos serviços causava reação desfavorável. O Sindicato dos Trabalhadores da Indústria Têxtil de Blumenau respondeu à notícia de mudança nos princípios do Sistema impostos pela implantação do SUDS com a alegação de que o atendimento gratuito de estranhos no sindicato revoltaria os associados, além de ser um péssimo negócio¹⁶⁹.

A previdência social, coerente com a reforma administrativa necessária com a vigência da política do SUDS, redimensionou a estrutura do INAMPS ao nível dos

¹⁶⁶ Diário Catarinense, 08/01/88, p. 3; 27/01/88, p. 9.

¹⁶⁷ Diário Catarinense, 10/01/88, p. 5.

¹⁶⁸ Diário Catarinense, 28/01/88, p. 7.

¹⁶⁹ Diário Catarinense, 04/02/88, p. 10.

estados, repassando à SES a maioria dos seus serviços, entre os quais o de administração de contratos e convênios e o de controle e avaliação da execução dos mesmos. A superintendência Regional do órgão passou a ser um escritório regional com apenas trinta funcionários, com a função de avaliar e controlar os recursos repassados pelo governo federal para o estado e os municípios. Os 3.500 funcionários da rede de serviços do INAMPS seriam transferidos gradativamente para a administração do estado e dos municípios.¹⁷⁰

Apesar disso, é interessante notar que, apesar de já não ter mais qualquer ingerência na administração da maioria dos serviços de saúde no estado, o INAMPS permaneceria, na interpretação da população, como responsável pelas filas, mau atendimento, descaso, etc, sendo alvo constante de críticas mesmo nas notícias e denúncias veiculadas pela imprensa¹⁷¹. O deslocamento das responsabilidades do gestor estadual para o INAMPS, se por um lado ajudava a SES a se reestruturar em um momento de transferência de atribuições até então não exercidas, por outro lado contribuiu para que as responsabilidades da Secretaria do Estado e dos municípios não fossem assumidas de imediato pelos novos gestores da rede de serviços públicos de saúde.

Os Secretários Estaduais da Saúde do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, reunidos em Florianópolis em fevereiro de 1988, solicitaram a normatização do SUDS por parte do governo federal, justificando o pedido pela necessidade da política de saúde deixar de ser apenas retórica, sendo institucionalizada. Martinho Ghizzo sintetizou o SUDS nesta ocasião como "uma vontade política ainda não regulamentada". A avaliação dos dirigentes do setor era de que não tinha havido reversão da situação epidemiológica, mas as reclamações dos usuários vinha diminuindo. A discussão sobre a privatização ou estatização do sistema foi o ponto mais controverso do encontro, encerrado com posições de reforço ao setor público, a exigência de compromisso social dos prestadores privados e a superação dos sectarismos.¹⁷²

A Secretaria Estadual da Saúde tornou pública a necessidade de transferência de dois bilhões e cem milhões de cruzados do orçamento do INAMPS ao estado para viabilizar o projeto de municipalização das ações de saúde em 78 municípios catarinenses, lembrando que o SUDS era um programa do Ministério da Saúde (sic) executado com recursos federais, estaduais e municipais, sendo gerenciado pelos municípios. A Secretaria salientou que sem estes recursos o programa seria inviável, e

¹⁷⁰ Diário Catarinense, 02/02/88, p. 5.

¹⁷¹ Diário Catarinense, 14/02/88, p. 4.

¹⁷² Diário Catarinense, 23/02/88, p. 5.

o problema seria do INAMPS, que não tinha previsto no orçamento de 1988 recursos para a isonomia e a municipalização¹⁷³.

A posição na qual se colocava o estado quando fazia críticas ao governo federal é interessante para uma análise mais aprofundada, porque desmente o próprio discurso de integração que caracterizava a política de saúde em implantação - o SUDS. Esperando os recursos definidos pelo governo federal, o estado deixava claro o que entendia do seu papel: meramente intermediário de uma política supostamente de autoria federal e de benefícios municipais. A implicação do estado neste processo, pelas suas próprias posições, parecia encerrar-se em algum momento anterior àquele em que teria que viabilizar também com seus recursos o processo de transferência da gestão das ações de saúde para os municípios. Esta omissão do estado se torna mais evidente quando se sabe que ele até pouco tempo antes de deflagrado o processo de municipalização era gestor e o único financiador de uma rede de unidades de saúde que cobria todos os municípios catarinenses. Estes recursos, historicamente alocados ao setor, não se colocaram disponíveis para transferência aos municípios que assumiram as suas próprias responsabilidades. Esta constatação torna a administração estadual suspeita de utilizar o SUDS em geral, mas particularmente o processo de municipalização, como uma estratégia para se retirar do financiamento do setor, assumindo esta lacuna o governo federal e/ou os próprios municípios. Esta retração financeira do estado enquanto mantenedor da sua própria rede de serviços de saúde ao longo do período analisado, e mesmo a sua omissão no decorrer do processo de implementação do SUS, foi corroborada por inúmeros depoimentos e confirmada pela análise dos orçamentos e das prestações de contas da Secretaria da Saúde entre 1988 e 1990 (ver capítulo específico sobre o tema).

Finalmente, após decorridos quase dois meses e alguns bilhões a menos do que esperava o estado em relação aos recursos federais a serem repassados para o processo de descentralização já em andamento, a Secretaria Estadual da Saúde apresentou o projeto de municipalização a ser desenvolvido pelo estado, informando que o controle de 135 unidades sanitárias do estado e 26 laboratórios de análises clínicas seriam transferidos para os municípios a partir de 12/05/88, com repasses mensais do estado da ordem de Cz\$ 31.976.000,00 e da União (Cz\$ 68.000.000,00).

A primeira etapa da municipalização cobriu 47% da população catarinense, redefinindo também os critérios para os valores transferidos aos municípios. "Agora a produção não é mais a variável determinante do valor do repasse, mas a necessidade de manutenção de cada unidade, o que varia de acordo com sua complexidade", segundo Silvio Pieper, assessor do gabinete do Secretário da Saúde.¹⁷⁴ A proposta da

¹⁷³ Diário Catarinense, 20/03/88, p. 9; 21/03/88, p. 4.

¹⁷⁴ Diário Catarinense, 11/05/88, p. 8.

Secretaria rompia com a lógica de mercado desde muito incorporada pela previdência ao setor saúde e estreitamente ligada à produção de serviços, o que era um avanço considerável. Entretanto, a nova lógica assumida pelo estado agora foi vinculada às necessidades... dos serviços! A lógica burocrática, atendendo à pressão da previsibilidade, acabou derrotando o modelo de pagamento por produção de serviços, mais tradicionalmente vinculado com a lógica mercantil dos produtores privados conveniados com a previdência. Este novo arranjo híbrido assumiu, pelo menos momentaneamente, o eixo do processo de municipalização dos serviços públicos de saúde no estado. O INAMPS e sua burocracia ressuscitaram, de forma tímida mas definitiva, através da absorção da sua cultura pela SES, poucos meses depois de condenados à morte pela implementação do SUDS. Ainda estava distante da concretização a idéia de que o financiamento dos serviços de saúde deveria se dar a partir do aprofundamento e do melhor entendimento das necessidades da população assistida.

6.4. A reforma sanitária em seu segundo ato - a demissão da cúpula do movimento sanitário no governo federal.

Em nível nacional, no início de abril de 1988, repercutiu nos meios de comunicação a notícia da exoneração de Hésio Cordeiro da Presidência do INAMPS. Aventou-se que o motivo para a decisão governamental teria sido a intenção do Presidente José Sarney utilizar, de forma mais direta, os recursos do INAMPS como trunfo político nas negociações para a definição do mandato presidencial, na época sendo definido entre quatro e cinco anos pela Assembléia Nacional Constituinte. O órgão, concentrando 6.000 cargos comissionados e um orçamento de 700 bilhões de cruzados, sete vezes maior do que o do Ministério da Saúde, tinha de fato o que oferecer caso fosse utilizado para o atendimento de barganhas como as pretendidas. As avaliações do episódio indicaram que o Deputado Waldir Pires, então Ministro da Previdência, saiu enfraquecido do episódio, reforçando as posições do bloco conservador do Congresso (centrão).¹⁷⁵

A exoneração da cúpula dirigente do processo da Reforma Sanitária da previdência social pareceu marcar, de fato, uma inflexão mais geral nas posturas do governo federal em relação ao projeto de modernização do Estado e de descentralização setorial em particular, apesar de que a operação de desmonte dos avanços já conseguidos, dirigida agora por José Ribamar Pinto Serrão, médico da família do presidente Sarney, mostrou-se mais difícil do que a avaliação dos novos dirigentes parece ter suposto. O governo federal, a partir deste episódio, começou a

¹⁷⁵ Diário Catarinense, 03/04/88, p. 25.

pautar-se por posturas evasivas e descontinuadas, caracterizando uma nítida mudança de propósitos e alteração de rumos na política setorial até então implementada.

O espaço restrito da repercussão da queda da cúpula dirigente da reforma sanitária parece sugerir também que o processo implementado no nível federal, limitado ao nível burocrático-administrativo, não transcendeu às instituições pelo seu conteúdo restrito em relação ao movimento social que o apoiava e pelas repercussões mínimas que o mesmo determinou sobre o cotidiano das pessoas.¹⁷⁶ A avaliação mais detalhada do que representou a troca de dirigentes do INAMPS para o encaminhamento do processo de descentralização foram colocadas, durante a pesquisa desenvolvida para a realização deste trabalho, sintomaticamente por dirigentes do INAMPS à época.

Comparando as duas maneiras de ver o processo (a da gestão Hésio Cordeiro e a de Pinto Serrão), Cid Gomes, que assumiu a Chefia do Escritório Regional do INAMPS no período em que Serrão dirigiu o INAMPS assim sintetizou a mudança:

"Aí é o seguinte: é que se precisa entender a prática teórica da coisa. O Dr. Hésio era uma pessoa de esquerda, e pegou uma época de transição de governo, o clima era favorável. O Dr. Serrão já pegou uma fase em que a direita tinha maior poder dentro do Ministério. O Dr. Serrão sentiu que dependia do Ministério da Fazenda, do Ministério do Planejamento, do Ministério da Previdência. Então ele não tinha autonomia. Sentindo isso, ele

¹⁷⁶ Segundo Angelo, "a gestão Serrão representou um retrocesso na velocidade da condução do processo de descentralização. De certo modo ela representou uma reaglutinação das forças reacionárias da burocracia inampiana, ministerial e afinadas com o centralismo, e que o Hésio deslocou quando assumiu tocando o projeto da Reforma Sanitária que não conseguiu terminar. Mas ele deixou uma bomba armada que esse pessoal não conseguiu resolver. Por outro lado, o governo do estado tinha uma parte do processo que ele podia conduzir com autonomia. Eu acho que a situação passa por outras questões, como a degradação das receitas previdenciárias, a dificuldade, em razão da recessão, de fazer caixa para o projeto e eu acho que o Serrão já teve que administrar essas dificuldades. Mas não resta dúvida que o grupo do Serrão estava determinado a deter o processo senão totalmente, pelo menos freá-lo. Eu acho que tem muito a ver com o que estava acontecendo com a transferência das competências para os estados, e que até hoje não estão solucionadas. Então eu faço hoje uma análise mais madura daquele processo: a saída do Hésio foi um problema sério, mas por outro lado o Hésio foi um pioneiro que atirou muitas coisas do ponto de vista jurídico-institucional que estão insolúveis até hoje. E não tinha outra maneira de fazer: se ele esperasse a assessoria jurídica resolver antes de fazer nós não teríamos feito nada até hoje. Eu acho que naquele momento de substituição de equipe houve ao nível federal o receio dos problemas que poderiam se gerar junto ao Tribunal de Contas da União, a questão patrimonial, coisas que estavam sendo tocadas mais por vontade de construir do que com cuidados burocráticos. E isso foi uma das coisas mais importantes do SUS: ter pego uma das estruturas mais burocratizadas que eu já conheci e romper com ela como se fosse um jogo de video-game. Até hoje tem gente preocupada com isso. Então estes avanços, esses retrocessos, essas variações de ritmo no processo elas tiveram muito a ver com essas questões - limites jurídico-institucionais - e de vez em quando grupos descontentes conseguiam levantar lebres que incomodavam. Eu quero dizer que isso não serve como justificativa para as ações dos atores, mas como justificativa para a escolha dos atores. Alguns atores foram escolhidos para deter o processo. O exemplo é a escolha do Serrão, que foi escolhido para frear o processo, porque a União também feriu os interesses clientelistas, até então dominantes, e que até hoje estão negociando o que perderam naquele período, como é o caso da Federação Brasileira de Hospitais em relação ao CONASSEMS." ANGELO, Márcio Vieira. *Entrevista ao autor*. 1993.

também se preocupou muito com as distorções do processo anterior. Ele contava histórias de municípios que aplicavam as verbas do SUDS em outras coisas. Ele sempre contava uma piada verdadeira que aconteceu quando ele foi num município onde o prefeito tinha construído uma ponte com os recursos do SUDS. Ele perguntou porque e o prefeito respondeu que a ponte também era saúde: como a ambulância ia passar para o outro lado do rio se não tivesse a ponte?"¹⁷⁷

Entretanto, mesmo antes que este episódio ao nível federal pudesse por em risco o processo de unificação e descentralização dos serviços de saúde em Santa Catarina, críticas variadas já se faziam ouvir ao trabalho desenvolvido pela Secretaria Estadual da Saúde. O vereador de Lages José Gérson Barbosa (PFL) chamou o Secretário da Saúde de "técnico incompetente que diz um monte de bobagens", criticando a inatividade da Secretaria e a distância entre as ações efetivas e o discurso do SUDS. O vereador indicou a compra de um tomógrafo como um equívoco enquanto faltavam materiais básicos e mesmo pessoal nas unidades sanitárias. A escolha de Curitiba no lugar de Lages para implantação da municipalização em sua primeira etapa também serviu como exemplo para a má administração do SUDS no estado.¹⁷⁸ No mesmo sentido, e quase ao mesmo tempo, a Associação dos Hospitais de Santa Catarina - AHESC questionou a falta de critérios, a discriminação de hospitais e a defasagem nas diárias hospitalares na implantação do SUDS no estado.¹⁷⁹ O editorial do *Jornal Diário Catarinense* de 8/04/88, dia mundial da saúde, assumiu o quadro crítico com o título "Saúde: Comemorar o quê?"

Em Encontro Popular de Saúde realizado em Criciúma, dada a insatisfação generalizada com a gestão dos destinos da saúde no estado, a plenária final do evento deliberou pela "saída do Secretário Martinho Ghizzo, substituído por uma pessoa comprometida com a municipalização e com a reforma sanitária"¹⁸⁰.

A esta época a previdência social, através do seu escritório regional em Santa Catarina ainda administrava as 42.000 internações/mês oferecidas ao sistema público de saúde através de convênios com 201 hospitais em todo o estado. Cento e vinte e quatro municípios já haviam assinado o convênio SUDS, tendo sido igualmente equalizado o atendimento dos trabalhadores rurais aos urbanos. Contraditoriamente, entretanto, ainda se mantinham convênios com 243 sindicatos, operados de modo conflitante com os princípios universalizadores e igualitários do sistema, já que os

¹⁷⁷ GOMES, Cid. *Entrevista ao autor*. 1993.

¹⁷⁸ É interessante notar a contradição entre o discurso do vereador do PFL e a postura da direção partidária em nível federal e estadual, francamente contra o projeto da reforma sanitária. De certa maneira a mesma indica o caráter de "frente" supra-partidária que o projeto de municipalização assumiu no período analisado, cooptando as bases partidárias independentemente da sua postura ideológica.

¹⁷⁹ *Diário Catarinense*, 06/04/88, p. 9.

¹⁸⁰ *Idem*, *ibidem*, p. 10.

serviços ali instalados eram financiados por toda a sociedade mas de acesso restrito aos seus associados.

A mudança de equipe na direção da previdência também se refletiu na inflexão do processo de extinção do INAMPS, que após a transformação das Superintendências Regionais em Escritórios Regionais de representação do órgão, tinha se retirado da frente de batalha na área da saúde, deixando de executar serviços diretos aos usuários. O novo arranjo administrativo definido para o órgão tinha diminuído significativamente o número de servidores em nível administrativo, passando a ter 112 pessoas. A nova administração do órgão em nível federal reverteu este processo.

"Até a Assessoria de Imprensa caía fora na estrutura enxugada que o Hésio implantou. Mas nesse ano houve um lobby de todas as assessorias de imprensa, o Presidente já era outro, e aí voltou a Assessoria de Imprensa. Depois veio uma outra estrutura um pouquinho maior: 156 pessoas. Para mim, a Superintendência se travestiu de Coordenadoria do INAMPS. Foi o renascer das cinzas. Foi um entra este, entra aquele que saiu, aumenta o número de cargos, aumenta o número de funcionários. E assim a coisa foi indo. O INAMPS ainda está aí para não me deixar mentir."¹⁸¹

O Secretário Martinho Ghizzo, tentando neutralizar os ataques ao processo e à própria gestão do estado, afirmou que "a implantação do SUDS é irreversível", enquanto propunha a Fundação Catarinense de Saúde como sucessora do DSP e da FHSC. A proposta de reforma administrativa da SES foi acusada pelos sindicatos de várias categorias profissionais do setor saúde como "a privatização definitiva do setor saúde no Estado".

O refluxo do processo de transformação setorial se explicitou com a visita a Santa Catarina do Ministro da Saúde, Borges da Silveira, com o objetivo declarado de "dar continuidade à sua sistemática de trabalho: ações isoladas para atender os pedidos dos prefeitos". A opinião do Ministro em relação ao SUDS era a de que "o processo de descentralização demorará, atingindo primeiro os estados para só depois atingir os municípios".¹⁸²

Editorial do Jornal Diário Catarinense de 08/05/88 informou, a respeito da definição constitucional para a saúde, que "bem mais do que o SUDS é necessário para a solução dos problemas do setor".

Em nível federal, a aprovação do capítulo da saúde da constituição foi agilizada por uma fusão de emendas, que proporcionou acordo com 472 votos favoráveis, 9 contrários e 6 abstenções. A Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde, estabelecendo o controle do Estado sobre as ações e serviços de saúde, sendo a participação da iniciativa privada no mesmo facultativa.

¹⁸¹ LOCKS, Maria Tereza. *Entrevista ao autor*. 1992.

¹⁸² Diário Catarinense, 15/04/88, p. 7 e 16/04/88, p. 8.

A descentralização dos serviços de saúde, com a valorização das ações preventivas, passaram a ser diretrizes do novo sistema, com prioridade na formalização de contratos e alocação de recursos às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos. A iniciativa privada participaria do SUS de forma complementar, obedecendo as diretrizes definidas pelo poder público. O financiamento do sistema passaria a se fazer com recursos do orçamento da seguridade social, União, estados, Distrito Federal, Territórios e municípios, além de outras fontes.

A CUT e a CGT trabalharam unidas para transferir a saúde ocupacional para o âmbito do SUS, obtendo sucesso com relação ao pleito.

Com a definição constitucional, no nível federal iniciaram-se as especulações em torno das reformas necessárias para a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Discutia-se a criação de um novo Ministério da Seguridade Social ou do Trabalhador, que absorveria as atribuições então pulverizadas em vários ministérios, inclusive as ações sobre o meio ambiente. A proposta na prática extinguiu o INAMPS, entusiasmando o Ministro da Previdência. A saúde seria, enfim, assumida pelo Estado como bem a ser provisionado pela sua ação específica, entendida aquela como um direito da cidadania.¹⁸³

A definição do capítulo da saúde da Constituição acabou acirrando a discussão entre estatistas e privatizantes, bem expressas pelas notícias produzidas em torno do tema em curto período.¹⁸⁴ O período de críticas à Secretaria Estadual da Saúde foi coroado finalmente pelo pedido de exoneração do Secretário Adjunto Orasil Pina, que justificou a sua saída ainda pela demissão de cinco assessores e a tentativa de privatização da saúde em Santa Catarina. Na entrevista, Orasil acusou Martinho de ter origem muito diferente da sua, "pois quando (*ele*) era deputado pela ARENA, eu militava no movimento estudantil contra a ditadura". Orasil historiou sua relação com Ghizzo dizendo que indicou somente oito cargos entre mais de quatrocentos da SES. Enfrentando obstáculos cada vez maiores para a implantação do SUDS, Pina acusou Martinho de ter perdido 1 bilhão de cruzados em razão da sua resistência à assinatura do convênio.

O projeto de criação da Fundação Catarinense de Saúde, entregue pelo Secretário Martinho Ghizzo à SEPLAN, prevendo a extinção do DSP e a manutenção da FHSC, já que a nova Fundação teria caráter de instituição de direito privado, foi a gota d'água para a exoneração do Secretário Adjunto. Orasil lutava pela coordenação da área da saúde no estado através de instituição autárquica, ágil administrativamente e juridicamente de direito público. Pina acusou Ghizzo de manter privilégios de setores da categoria médica, de manter na mão da iniciativa privada sete hospitais

¹⁸³ Diário Catarinense, 19/05/88, p. 16.

¹⁸⁴ Diário Catarinense, 22/05/88, p. 15; 26/05/88, p. 11; 31/05/88, p. 6.

construídos com verbas públicas, permitir o loteamento de áreas dos mesmos para instalação de consultórios médicos privados e a cobrança de taxas para a realização de exames. Na Assembléia Legislativa, ao mesmo tempo, o Deputado Lírio Rosso, também peemedebista com base eleitoral no sul do estado acusou Ghizzo de omissão, avaliando que a saída de Orasil reforçava a privatização da saúde e "a proposta pessoal do Secretário".¹⁸⁵

As notícias do período, contudo, permaneceram polarizadas entre os que queriam o atendimento igualitário e sem qualquer ônus para o usuário, criticando procedimentos mercantilizados no interior do sistema privado contratado de saúde, e os que creditavam ao governo as mazelas do sistema público e privado.¹⁸⁶

Renato Archer, Ministro da Previdência, em visita a Porto Alegre, ressaltou que "pela primeira vez no país, o governo federal abria mão da centralização dos serviços de saúde e entregava aos estados e municípios o gerenciamento dos recursos".¹⁸⁷

Martinho Ghizzo, ao prestar contas dos recursos já gastos com a implantação do SUDS, incluindo os projetos que ainda iria negociar junto ao governo federal, comprometeu-se a municipalizar mais sessenta e um municípios até o mês de agosto. Em viagem a Brasília, a pauta de reivindicações do Secretário foi a incorporação do INAMPS ao estado, com a permanência provisória de alguns cargos comissionados federais para facilitar a incorporação(?), a ampliação do número de AIHs, o credenciamento da UTI do Hospital Santa Terezinha de Joaçaba, recursos para conclusão das obras do Hospital Governador Celso Ramos e seiscentos milhões de cruzados para a ampliação do Laboratório Industrial Farmacêutico. Martinho informou que a SES teria prazo de 20 dias para apresentar um Plano de Aplicação para os recursos federais, e 180 dias para apresentar o organograma do sistema de saúde já unificado. Defendendo-se das críticas de Orasil, Martinho Ghizzo disse que defendia a criação de um sistema fundacional de direito público.¹⁸⁸

Notícias dos municípios indicavam que o processo de municipalização avançava em várias regiões do estado. Em Chapecó, a Comissão Interinstitucional de Saúde do Município ultimava os preparativos para a elaboração do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde, que fiscalizaria as ações de saúde no município com representantes de associações de moradores, sindicatos dos trabalhadores urbanos e rurais, sindicatos patronais e trabalhadores de saúde. O Conselho, segundo Marcos Guardini, Secretário Municipal de Saúde de Chapecó, transformaria as ações

¹⁸⁵ Diário Catarinense, 02/06/88, p. 12.

¹⁸⁶ Diário Catarinense, 04/06/88, p. 9; 08/06/88, p. 8; 13/06/88, p. 5; 16/06/88, p. 3; 17/06/88, p. 10.

¹⁸⁷ Diário Catarinense, 25/06/88, p. 19.

¹⁸⁸ Diário Catarinense, 25/06/88, p. 3 e 05/09/88, p. 8.

de saúde, até então restritas ao plano da assistência médica, em ações no plano mais amplo da saúde pública. Em Joinville, decreto municipal também criou o Conselho Municipal de Saúde, paritário entre representantes da sociedade e dos prestadores de serviços, e com função de acompanhamento e avaliação sobre o SUDS.¹⁸⁹

Em nível nacional, o Tribunal de Contas da União iniciava levantamento geral no INAMPS e Ministério da Saúde buscando averiguar a eficácia da aplicação dos recursos federais transferidos pelo programa SUDS. Após, o levantamento seria estendido a municípios previamente selecionados. O TCU justificou a medida pela

"... imperiosa necessidade de aprofundamento da ação fiscalizadora sobre a execução do SUDS, que envolve a descentralização de significativos recursos federais para estados e municípios, além da participação da comunidade em nível federal, estadual e municipal através de convênios para a execução de programas".¹⁹⁰

A ação do TCU chancelou o cerco burocrático aos avanços já conseguidos pelo SUDS, produzindo de fato a paralisação de todos os programas então ainda em andamento, congelando o processo de descentralização e deixando o sistema de saúde a meio caminho entre o que era e o que não chegou a ser. Por outro lado, a execução do projeto transformador pela gestão Hésio Cordeiro mostrou-se dar nos limites da estrutura burocrática federal, produzindo-se em confronto com vasto arsenal de normas e rituais conservadores destinados à manutenção do sistema como ele estava tradicionalmente configurado. Assim, muitos dos procedimentos administrativos que viabilizaram a execução da proposta do SUDS foram aplicados de forma precária, na ausência das condições objetivas para que ocorressem de forma mais estável e ao abrigo dos regimentos burocráticos. A maré conservadora atacou essas fraquezas do processo até então implementado, paralisando o seu avanço sem lograr contudo o desmonte completo do que já tinha sido estruturado.

A Associação Médica Brasileira - AMB, reunida em Santa Catarina em encontro nacional, aproveitou a ocasião para acusar o governo e a previdência social de boicote à implantação ao SUDS em virtude da exclusão da participação da sociedade civil no controle das ações do SUDS, dos critérios político-partidários para a distribuição de verbas em detrimento das reais necessidades da população, a diminuição dos orçamentos estaduais e municipais destinados à saúde, o desrespeito com as diretrizes de universalização, hierarquização, regionalização e descentralização administrativa e a não-implantação da isonomia e do Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos trabalhadores da saúde.¹⁹¹

¹⁸⁹ Diário Catarinense, 21/09/88, p. 5; 26/09/88, p. 8 e 27/09/88, p. 4.

¹⁹⁰ Diário Catarinense, 25/09/88, p. 8.

¹⁹¹ Diário Catarinense, 31/10/88, p. 3.

Martinho Ghizzo avaliando o desempenho do estado na implantação do SUDS, confirmou a meta de municipalizar até o final de 1988, com a 3ª etapa do processo, 70% dos municípios e 90% da população catarinense, aproveitando para criticar o governo federal de não cumprir a sua parte no processo, que seria a de transferir recursos, bens e pessoal para o sistema. O Secretário creditou o fato à falta de determinação da área federal para a implantação do SUDS.¹⁹²

Os novos Secretários Municipais de Saúde indicados com a posse dos prefeitos eleitos em outubro de 1988 iniciaram as suas articulações tentando salvaguardar os interesses municipais um pouco relegados pela forma autoritária, centralizada e rígida com que se dava o processo de implantação da descentralização imposto pelo estado. Mesmo assim, as informações davam conta de um processo espontâneo que se desenvolvia com uma certa autonomia, contextualizado a partir das condições objetivas de cada sistema de saúde. Em Joinville, o novo Secretário Municipal da Saúde constatou ter muitas obrigações e a incerteza quanto a ter recursos para cobrir seus custos. Correia Pinto reiniciou o Hospital Municipal e cadastrou a população para saber as condições de moradia, higiene e saneamento no município. Os Secretários Municipais da Saúde do sul do estado, reunidos para avaliar o SUDS, propuseram assumir a rede de serviços mas com garantia de verbas, autonomia da gerência e fim do risco de estatização do setor. Em Lages, Martinho Ghizzo discutiu com prefeitos e técnicos as normas para cedência de pessoal e unidades à gerência dos municípios. Blumenau redefiniu funções para o Hospital Santo Antônio, planejando transformá-lo em unidade de internação de curta permanência. O plano da nova administração seria a construção de hospital de 150 leitos fora do centro da cidade. Em Florianópolis, o Secretário Municipal da Saúde assinou artigo de opinião colocando propostas de ação articuladas do setor saúde e desenvolvimento social no município.¹⁹³

Em Brasília, a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, reunindo mais de cem representantes dos estados, debateu pontos comuns para a continuidade do processo de municipalização no país e iniciou a discussão visando contribuir para a definição do projeto da Lei Orgânica da Saúde, que regulamentaria as normas constitucionais para o setor.¹⁹⁴

No final do mês de março, após decorridos dois anos de governo, assumiu a Secretaria Estadual da Saúde o Deputado Federal Walmor De Luca, em meio a uma atribulada reforma do secretariado do governo estadual promovida pelo Governador

¹⁹² Diário Catarinense, 02/11/88, p. 11.

¹⁹³ Diário Catarinense, 15/01/89, p. 15; 02/02/89, p. 11, 13; 10/02/89, p. 8; 14/02/89, p. 11; 06/01/89, p. 6.

¹⁹⁴ Diário Catarinense, 22/02/89, p. 11.

Pedro Ivo Campos. Martinho Ghizzo, beneficiado pelo aproveitamento de alguns deputados na nova equipe de governo, retornou à Assembléia Legislativa.¹⁹⁵

O novo Secretário prometeu mais médicos, solucionando o problema em trinta municípios catarinenses que na época não contavam com o trabalho desse profissional. Dois anos antes, esta também tinha sido a primeira promessa do secretário Martinho Ghizzo. Afirmando ser o objetivo da saúde "prevenir e não curar", De Luca prometeu também a criação de dispensários (farmácias simplificadas) e distribuição de medicamentos aos portadores de patologias crônicas de todo o estado. Outra meta da nova equipe seria atingir resolutividade de 90% na área ambulatorial, reduzindo em 3% o atendimento hospitalar e contratando 7% de serviços especializados. No retorno de viagem a Brasília, Walmor de Luca informou a liberação de recursos para a construção de 4 hemocentros regionais e dois hospitais.¹⁹⁶

O CONASS, reunido entre 18 e 19/04/89 em Florianópolis, discutiu a questão dos medicamentos, a prestação de contas dos recursos SUDS e a estadualização da rede assistencial federal. Em junho, o CONASS e a SES publicaram nota oficial colocando as causas da crise setorial.¹⁹⁷

As denúncias de inconsistência do SUDS e da indecisão política em implantá-lo com a conseqüente falta de repercussões concretas no cotidiano dos usuários estimulou inúmeras críticas e posicionamentos contrários ao sistema e ao poder público. Enquanto alguns indicavam a origem da crise no baixo investimento em saúde, na recessão, no desvio de recursos públicos e na má distribuição de renda¹⁹⁸, discussões no âmbito municipal denunciavam a má distribuição dos recursos do sistema, com prejuízos evidentes especialmente para os municípios. Reunião de prefeitos de 14 municípios do médio vale do Itajai concluiu pela necessidade de revisão dos convênios SUDS, a atualização dos valores repassados ao

¹⁹⁵ O Governador Pedro Ivo, já em avançado estágio de doença que acabaria por vitimá-lo um ano mais tarde, executou a reforma do Secretariado estadual com o objetivo de garantir uma nova dinâmica à administração, derrotada nas urnas das eleições municipais, reconsiderando com ela o peso das diferentes correntes partidárias reforçadas ou fragilizadas em decorrência dos resultados das urnas. Esta reforma trouxe para a Secretaria da Saúde o Deputado Federal Walmor De Luca, que assumiu a saúde ainda em crise com a demissão do Superintendente da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, Aurélio Rotolo Araújo. A demissão tinha sido motivada por "ingerências político-partidárias em área técnica da Fundação". Aurélio Araújo era contra a unificação do setor e se revoltou com a nomeação de Sérgio Gonzaga, indicado pelo próprio Governador à revelia do Secretário Martinho (reproduzindo o episódio da sua própria nomeação) para ocupar a função de Superintendente Adjunto para Assuntos Administrativos no lugar de Jânio Wagner Constante, demissionário por motivos particulares segundo uns e por estar vinculado ao grupo político de Ricardo Baratieri segundo outras versões.

¹⁹⁶ Diário Catarinense, 22/03/89, p. 7; 29/03/89, p. 3.

¹⁹⁷ Diário Catarinense, 20/06/89, p. 3.

¹⁹⁸ COSTA, José Cleber do Nascimento. Hospitais e a Crise Institucional. In: Diário Catarinense, 12/07/89, p. 6. O autor era à época Presidente da Associação dos Hospitais de Santa Catarina.

sistema pelo governo federal e modificações na relação entre as esferas de governo. Informações divulgadas neste encontro indicaram que o estado recebia do Ministério da Saúde 15 dólares/habitante/ano, enquanto chegavam aos municípios apenas 2,9 dólares/habitante/ano.¹⁹⁹ Editoriais flagraram o processo de transferência de responsabilidades mas não de recursos que ocorreu com o processo de municipalização no estado e, mesmo elogiando os princípios do sistema, indicavam o caos administrativo vivido pelo setor.²⁰⁰

O Secretário Estadual da Saúde, aproveitando o clima de apreensão social relacionado com a epidemia de meningite, polarizou o noticiário por quase três meses, administrando o problema e a opinião pública especialmente com a polêmica das vacinas cubanas.

Outro tema discutido de forma ampliada através da imprensa neste período disse respeito à sua investida sobre o uso privado de espaços públicos junto ao setor de emergência do Hospital Governador Celso Ramos, que era ocupada por consultórios médicos particulares há mais de vinte anos. O assunto se transformou em conflito franco entre os órgãos de representação da categoria médica e o Secretário de estado. Walmor De Luca afirmou pela imprensa, no episódio, que a tarefa principal de sua gestão seria a de cumprir o preceito constitucional de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, atuando para concretizar a interiorização das ações de saúde e a democratização do acesso aos seus recursos.²⁰¹ Os consultórios médicos acabaram sendo retirados sem que houvesse, entretanto, a sua substituição por atendimento público.

De volta de viagem a Brasília, Walmor De Luca informou que o CONASS, em reunião com o Ministério da Previdência, tinha assegurado reajuste de 100% para os recursos SUS. Este reajuste, o único do ano, representou na realidade uma expressiva retração dos volumes dispendidos pela esfera federal com a implantação do sistema, ao mesmo tempo em que os valores das tabelas que remuneravam a execução de serviços contratados eram tratados de forma privilegiada, reajustados em índices bem mais próximos da inflação no mesmo período. A situação explicitou uma posição política clara do governo federal, com prejuízos evidentes para o bom funcionamento do sistema, provocando a desconfiança das demais esferas de governo em relação à parceria convocada pela própria União ao delinear o SUDS.

A explicitação concreta da discriminação dos prestadores de serviços públicos em relação aos privados também colocou em evidência a rearticulação dos

¹⁹⁹ Diário Catarinense, 12/07/89, p. 9.

²⁰⁰ Diário Catarinense, 21/07/89, p. 2; 23/07/89, p. 4; 27/07/89, p. 2.

²⁰¹ Diário Catarinense, 23/06/89, p. 10; 24/06/89, p. 10; 26/06/89, p. 9.

mecanismos tradicionais de barganha de interesses privados no interior do aparelho de Estado.²⁰²

Walmor De Luca, ao divulgar o reajuste, limitado em 84,54%, informou a decisão política da SES de ampliá-lo para 100%, antecipando igualmente parcelas aos municípios em até sessenta dias. O Secretário informou ainda que avaliação de desempenho realizada pela área de Planejamento poderia favorecer alguns municípios com valores ainda maiores. As antecipações realizadas e a ampliação do reajuste neste período foram viabilizadas pelos rendimentos das aplicações financeiras dos vultuosos recursos federais repassados ao estado e não alocados imediatamente em projetos definidos pelos Planos de Aplicação aprovados pela CIS ainda na gestão Martinho Ghizzo. Tais projetos não tiveram continuidade com a troca de Secretário, sendo que os objetivos da Secretaria a partir deste momento foram redefinidos em *petit comité*. A tática de alteração de prioridades foi possível pela interpretação de que os rendimentos das aplicações financeiras podiam ser realocados em qualquer outro projeto do interesse da administração. Assim, minguaram os recursos para os projetos e atividades já aprovados na lei orçamentária e nos Planos de Aplicação dos recursos SUDS, enquanto surgiram recursos "novos" para novas prioridades definidas pelo Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Estas novas prioridades, em sua grande maioria, se constituiram em convênios de transferência de recursos aos municípios para a construção de Unidades Sanitárias, a compra de equipamentos, ampliação e reformas, com nítida predominância da base eleitoral do sul do estado e dos municípios administrados por prefeitos do PMDB.

Sérgio Arouca, um dos líderes do Movimento Sanitário, participando de Seminário sobre o SUDS em Blumenau, afirmou sobre a situação do setor: "só a vontade política viabiliza o SUDS em Santa Catarina".²⁰³ Parece ter havido, neste período, menos a viabilização do SUDS, e mais a sua manipulação com fins imediatistas de cunho pessoal e eleitoral.

Enquanto isso, as notícias que tratavam da crise do sistema de saúde trabalhavam a questão fazendo uso sistemático da metáfora da doença. O INAMPS, por esse novo olhar, "*sofre de doença crônica*". O sistema de saúde seria vítima de "*mal epidêmico*". Os médicos se transformavam em "*vítimas, pacientes dos serviços*". A fila e o mau atendimento acabariam sendo "*síndromes que acometem*" o sistema. A inconsciência "*mutila o serviço de saúde*" e o que sobraria para quem utilizasse o SUDS era "*a dor, não a anestesia*".²⁰⁴

²⁰² Diário Catarinense, 11/08/89, p. 3 e 17/12/89, p. 3.

²⁰³ Diário Catarinense, 20/07/89, p. 10.

²⁰⁴ Diário Catarinense, 06/08/89, p. 8, 9, 10, 11, 12; 09/08/89, p. 4.

Em nível federal, o esforço se dava para preencher o vazio legislativo que tornava o SUDS quase uma política opcional, pela ausência das normas que regulamentavam o funcionamento do sistema e as responsabilidades de cada esfera de governo. Apesar disso, as propostas divulgadas eram contraditórias, indo desde a transferência da rede ambulatorial do INAMPS ao Ministério da Saúde, ignorando o processo de descentralização, até o encaminhamento ao Congresso da Lei Orgânica da Saúde, discutida e aprovada pelo CONASS em reunião realizada em São Paulo.²⁰⁵ O governo federal informou a decisão de passar o INAMPS para o Ministério da Saúde - MS, aguardando para isso "o momento favorável"²⁰⁶. Este momento só se concretizou na véspera da saída do Presidente José Sarney, em março de 1990.

Os municípios que abrigavam hospitais públicos cedidos à administração de terceiros iniciaram movimentos de denúncia, exigindo da Secretaria da Saúde a absorção dos mesmos. Prefeitos da região sul e oeste acusavam os hospitais regionais de Araranguá e Chapecó de cobranças irregulares, falta de medicamentos, inadequação dos seus bancos de sangue e o não-funcionamento de UTI, unidades psiquiátricas, de isolamento, etc²⁰⁷, colocando em dúvida as propaladas intenções do governo estadual em reassumir o controle sobre eles.

Apesar de tudo isso, os municípios mantinham em curso o projeto de descentralização da gerência da rede assistencial, assumindo muitos dos ônus que iam lhes sendo repassados sem a devida cobertura financeira. Com raras exceções, entretanto, o que se produziu de fato foi a transferência de competências sem que houvesse qualquer alteração de conteúdo nas práticas assistenciais. A esse respeito, Mendes²⁰⁸ escreveu denunciando o "processo de inampização" (ver o próximo capítulo) que ameaçava o sistema de saúde pela negação do componente de mudança que deveria orientar a construção de uma nova estrutura de produção de serviços.

A Reforma Sanitária, como proposta reformadora das políticas públicas de saúde, entendida esta de forma ampla, e portanto necessariamente articulada a movimentos de transformação social mais geral, tornou-se gradativamente uma maquiagem tópica da estrutura assistencial até então existente, se não uma forma de desmonte das obrigações da União com a transferência de encargos expressivos para os demais âmbitos de poder.

No início de janeiro de 1990, nova reforma do secretariado estadual colocou na Secretaria da Saúde o médico joinvilense Cláudio Bley do Nascimento, até então

²⁰⁵ Diário Catarinense, 28/07/89, p. 3; 31/07/89, p. 2, 8.

²⁰⁶ Diário Catarinense, 19/08/89, p. 2.

²⁰⁷ Diário Catarinense, 06/08/89, p. 12; 16/08/89, p. 9.

²⁰⁸ MENDES, Eugênio Vilaça. O Consenso do Discurso e o Dissenso da Prática Social: Notas sobre a Municipalização da Saúde no Brasil. In: **Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde**, Vol. 1. Ministério da Saúde, Brasília, 1992, p 13-16

Coordenador do III^o Centro Administrativo Regional de Saúde - CARS de Joinville. Em nível de poder estadual, a reforma sinalizava um rearranjo das forças do núcleo do poder palaciano, debilitadas com a deterioração do estado de saúde do Governador Pedro Ivo e que, com a reforma, buscaram uma nova composição que garantisse sobrevivência para os assessores mais próximos a ele após o seu passamento. Em nível setorial, a indicação de Cláudio Bley correspondeu à vitória de setores vinculados ao complexo médico-industrial com raízes no estado, especificamente os interesses ligados ao Laboratório Catarinense, que bancou o lobby pela sua indicação, associado com o interesse de colaboradores do governador que dominavam o diretório municipal do PMDB de Joinville. Os interesses empresariais, além de visarem os contratos de fornecimento para a FHSC, acabaram por dificultar o funcionamento do próprio Laboratório Industrial Farmacêutico - LAFESC, vítima de sistemático boicote por parte do Diretor Geral da Secretaria, um executivo do próprio Laboratório Catarinense alçado ao segundo posto da hierarquia na área de saúde pública do estado. O PMDB local tinha o interesse genérico de manter a região de Joinville representada no primeiro escalão do governo estadual, viabilizando também a possível candidatura do Secretário à cargo eletivo e o fortalecimento da liderança do Deputado Federal Luiz Henrique na região. O Superintendente da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, Ricardo Baratieri, ao entregar o cargo desincompatibilizando-se para a disputa de vaga no Legislativo estadual, enfatizou, no período em que dirigiu os destinos da FHSC, a reorientação institucional imprimida, a ampliação da esfera da mesma para o âmbito estadual, a absorção de dois hospitais até então entregues à administração de terceiros (Hospital Regional de Curitiba e o Regional de Joinville), bem como a conclusão da reclassificação da rede hospitalar da FHSC junto à previdência, com incremento significativo nas receitas.²⁰⁹

O perfil do novo Secretário foi assim definido por membro do seu staff :

"... Bley era ligado a essas coisas, ao complexo médico-industrial, mas com um discurso um pouco à esquerda. Ele como Coordenador do CARS parece que fez uma administração interessante em Joinville. Mas ele tinha propostas muito parecidas com a proposta liberal: vamos priorizar o saneamento, imunização, os programas verticais, aquilo que a iniciativa privada não faria mesmo. Ele sabia da necessidade disso, então isso ele priorizava, mas sempre com um limite bem claro: os grandes volumes de dinheiro, ele dirigia sempre no sentido de distribuir entre as empreiteiras. E todo o lado da assistência, a relação público-privado, era no sentido de transferir tudo pra iniciativa privada, e não avançou em nada o processo de municipalização"²¹⁰.

O novo Secretário assumiu a administração setorial em um momento de crise aguda no funcionamento da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, às voltas com o

²⁰⁹ Diário Catarinense, 15/02/90, p. 10.

²¹⁰ KNOLL, Biaze Manger. *Entrevista ao autor*. 1993.

desabastecimento generalizado de materiais e medicamentos. O processo vivido pela Fundação tinha raízes inequívocas na atuação administrativa fortemente centralizadora imprimida pelo Secretário Walmor De Luca no período anterior à sua saída, tornando dependentes da sua autorização pessoal todos os procedimentos de compra da Fundação Hospitalar, protelando processos de suprimento e materiais diversos, com evidente represamento das necessidades básicas de consumo de muitos setores dos diversos hospitais geridos pelo estado. A administração dos recursos assim "produzidos" no mercado financeiro gerava rendimentos sem rubrica definida, sendo então destinados pelo Secretário para cobertura de convênios e transferências aos municípios por ele selecionados, em geral para investimento em obras de mini-hospitais e unidades básicas de saúde em localidades fora dos padrões técnicos para manter equipamentos públicos de tal porte. Esta prática levou a evidentes distorções na manutenção das unidades hospitalares da Fundação, resultando no funcionamento precário de vários setores vitais dos hospitais públicos catarinenses, que tornariam-se a notícia preferencial de todos os jornais de circulação estadual, motivadas por inúmeras denúncias e acusações amplificadas ainda por greve dos servidores da instituição e prejuízos incalculáveis à população usuária.

Apesar de anunciar oficialmente a normalização parcial da situação em fins de abril, persistiram denúncias violentas de falta de material e medicamentos nos hospitais da FHSC, com posicionamento público da categoria médica (ACM e SIMESC) pela normalização do funcionamento dos serviços e ameaça de paralisação em caso de permanência de riscos ao exercício profissional. O novo Superintendente da Fundação, Antônio Eneo dos Santos reconheceu dívidas existentes no valor de 57 milhões de cruzados com vencimento imediato, estimando a receita ainda a realizar no mês de maio em 45 milhões de cruzados. A reposição dos estoques consumiria ainda valores em torno de 100 milhões de cruzados, quantia não disponível pela Secretaria²¹¹.

O vereador de Florianópolis Alcino Vieira, ex-Superintendente da Fundação Hospitalar, aproveitou a ocasião para acusar como causa da crise o governo peemedebista, situando a origem do problema na gestão Martinho Ghizzo, e seu

²¹¹ A Superintendente Adjunta para Assuntos Técnicos da FHSC neste período, Marilene Moon, colocou desta maneira a questão: "dentro dos hospitais foi um ano que ficou registrado na memória. É que foi um ano muito sobrecarregado porque a FHSC viveu umas dificuldades financeiras muito grandes e simplesmente não tínhamos estoque, então teve muita compra com dispensa de licitação, a maioria dos medicamentos eram comprados na hora que os medicamentos acabavam, e simplesmente durante o ano não se conseguiu fazer estoque, material de consumo, fios, filmes de RX, contrastes radiológicos, sondas, todo esse material de consumo dos hospitais era comprado em cima da hora, ou mesmo as várias coisas que estragavam nos hospitais, por exemplo, as caldeiras explodiam em várias cidades, então era tipo assim, apagar incêndio" MOON, Marilene. *Entrevista ao autor*. 1993.

agravamento na gestão Walmor De Luca. Muitos médicos consideraram esta crise a mais grave vivida pela FHSC em todos os seus vinte anos de existência.²¹²

Cláudio Bley do Nascimento definiu como prioridade da Secretaria obras no município de Joinville, em especial a reforma completa da Maternidade Darcy Vargas, obrigando a transferência de todo o serviço ali instalado para alas ainda não ocupadas do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, obras de recuperação nas estruturas deste, a viabilização da construção do Hemocentro, assim como ampliações nas Unidades Sanitárias Costa e Silva, Boa Vista e Pirabeiraba.

A morte do Governador Pedro Ivo Campos, em 27 de fevereiro de 1990 provocou novo rearranjo das forças que dominavam a estrutura partidária do PMDB. O novo Governador, Casildo Maldaner, manteve Cláudio Bley na pasta da saúde, tendo sido este último avaliado por diversos diretórios do PMDB da região norte como representante da região de Joinville no governo estadual.

Em 15 de março, assumiu a Presidência da República, Fernando Collor de Mello, vitorioso na primeira eleição direta para tal cargo em 30 anos.

Os noticiários dos jornais mantiveram espaço para a cobertura das relações tensas entre a rede hospitalar contratada pelo SUS e o Ministério da Saúde²¹³, a agonia do sistema em virtude dos atrasos crônicos das parcelas para estados e municípios e o contundente diagnóstico entregue pelo Deputado Adilson Motta (PDS-RS) ao novo Ministro da Saúde, Alcení Guerra, intitulado "O Holocausto Brasileiro". Neste documento, contabilizava-se a miséria sanitária do país, que tinha deixado morrer 130 milhões de crianças vítimas de doenças curáveis e/ou preveníveis por vacina nos últimos 43 anos. O documento transformava ainda os indicadores frios de saúde em verdadeiras bombas-relógio, enfatizando ainda mais a crítica situação social do país: a tuberculose infectava um brasileiro por minuto e provocava a morte de um tuberculoso a cada 40 minutos. A cada ano, o estudo afirmava ainda morrerem 60.000 crianças por diarreia e 10.000 por sarampo. O Brasil convivía ainda com 500 000 brasileiros vitimados pelo dengue, 400 000 pela malária na Amazônia, 6 000 000 pela doença de Chagas, 8 000 000 pela esquistossomose e 200 000 pela lepra. Finalmente, um quarto dos brasileiros não sorria com dentes naturais aos 34 anos, e 72% da população perdia todos os dentes (existe motivo para sorrir ?) entre os 50 e os 59 anos.²¹⁴

No bojo da crise setorial explicitou-se o perfil das transferências federais para o estado de Santa Catarina. Cláudio Bley informou que a perda real do estado em

²¹² Diário Catarinense, 10/01/90, p. 2; 18/01/90, p. 11; 24/01/90, p. 9; 24/04/90, p. 7; 27/04/90, p. 4; 04/05/90, p. 5; 05/05/90, p. 2, 3; 09/05/90, p. 6; 16/05/90, p. 6; 27/05/90, p. 3.

²¹³ O MS, na véspera da posse do novo Presidente da República tinha recebido o INAMPS à sua subordinação, investindo-se de fato da função de coordenação do SUS em nível federal.

²¹⁴ Diário Catarinense, 08/04/90, p. 8; 11/04/90, p. 4; 14/04/90, p. 4.

relação a igual período do ano anterior teria sido de 129 milhões de cruzados em virtude da corrosão inflacionária não corrigida e mudanças de rubricas. A rubrica municipal tinha perdido ainda mais, 183 milhões de cruzados, decorrentes da correção destes valores abaixo dos níveis inflacionários do período. O Ministério da Saúde liberou para cobertura das necessidades do estado no primeiro trimestre de 1990, 176 milhões para o custeio da rede pública em geral, 103 milhões especialmente para a rede pública municipal, 634 milhões para a rede privada contratada e 78 milhões para investimento.

Em torno da crise institucional da FHSC, freqüentes e extensas reportagens fizeram no período uma radiografia do sistema de saúde, focalizando a crise das emergências, a desproporção entre os gastos dos municípios em relação aos repasses da rubrica municipalização, e a situação da assistência psiquiátrica no estado, entre outros aspectos particulares da questão da assistência médica no estado.

No plano federal, o Ministro da Saúde Alceni Guerra anunciou a intenção de realizar auditoria no sistema de saúde do estado. As propostas de atuação federal na área da saúde, extraídas do discurso ministerial, se estruturaram sobre a base da competência gerencial e do tratamento apolítico dos problemas de saúde, supervalorizando seus aspectos técnicos. O ministro Alceni fixou inclusive prazo para a conclusão da instalação do SUS no país: 31/12/90, denunciando com isto a limitação da percepção federal do novo governo em relação ao processo que permeava todo o desenvolvimento do projeto de transformação setorial. Ao mesmo tempo, Alceni informou o parecer condenatório da Procuradoria da República com relação a todas as vinte portarias normativas do SUDS publicadas pelo ex-Ministro da Previdência e Assistência Social, Jader Barbalho. Alceni reconheceu a impossibilidade de revertê-las, acabando com o SUDS, definindo-se por conta disto pela sua transformação em convênios, sem interrupção dos repasses até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em tramitação no Congresso. O ministro adiantou que já tinha efetuado as alterações necessárias no projeto de lei, estando conforme com o mesmo após estas mudanças.²¹⁵

Persistiu no noticiário dos jornais a constante apresentação de situações-limite que sintetizavam a precariedade de condições do setor, agravadas por greves freqüentes ora dos trabalhadores federais, ora dos estaduais, todas elas prolongadas e com reflexos importantes na assistência à saúde da população.

O pano de fundo para a amplificação da situação crítica de Santa Catarina se deu com a tática do Ministro da Saúde em fiscalizar, pessoalmente e sem aviso prévio, serviços de saúde públicos em regiões metropolitanas de todo o Brasil, tentando capitalizar politicamente denúncias freqüentes de morte de pacientes à

²¹⁵ Diário Catarinense, 14/05/90, p. 8; 27/05/90, p. 3.

espera de leitos para internação, o sucateamento da rede de saúde entregue aos estados e municípios e o caos administrativo derivado da descentralização incompleta ocorrida no período anterior.

As acusações do Ministro, co-responsabilizando a categoria médica pela situação produziu violenta reação das entidades profissionais da categoria, ocupando grande espaço na mídia e prolongando a discussão do tema do caos da saúde. O Presidente da Associação Médica Brasileira - AMB, no 18º Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, denunciou as agressões sofridas pela categoria médica, acusando a falta de prioridade com a saúde, presente só no discurso, comprovada inclusive pela desincompatibilização de 24 dos 26 Secretários Estaduais de Saúde para concorrerem às próximas eleições.²¹⁶

Sintomaticamente, apenas neste período as atividades da Coordenadoria de Controle e Avaliação do Escritório Regional do INAMPS transferiu-se para a estrutura estadual de gerência do SUDS, capacitando finalmente o estado a desenvolver auditorias médicas de rotina e especiais, classificação hospitalar, controle de serviços próprios e contratados, tratamento fora do domicílio, tratamento de alto custo e controle geral sobre o sistema de saúde sobre o qual já tinha responsabilidades formais a mais de dois anos.

A SES, tentando encontrar a linha de atuação adequada para os serviços de controle e avaliação recém transferidos do INAMPS, realizou seminário sobre o tema com representantes da região sul do Brasil. O palestrante no encontro, Walter Basso, do SUS-SP, deu nota 3 para o sistema de saúde já implantado no país, acrescentando que apenas municipalizar não resolvia todos os problemas. A necessidade de se trabalhar em saúde com bancos de dados epidemiológicos e gerenciais utilizando-os na produção de programas conseqüentes para o enfrentamento da realidade sanitária de cada grupo populacional foi colocada como imprescindível para a superação do atual sistema de saúde.²¹⁷

O Ministro Alcení Guerra, em Brasília, anunciou que o rigor absoluto no controle de qualidade de medicamentos, alimentos, cosméticos e produtos de limpeza era "política sem retorno", programando para tal investimentos de 50 bilhões de cruzados em rede integrada por laboratórios públicos e privados (grifo do autor).²¹⁸ Ao mesmo tempo, o INAMPS suspendeu, sem maiores discussões, o programa de atendimento aos acidentados do trabalho, que garantia aos mesmos assistência médica e medicamentos visando sua pronta recuperação, apesar de continuar arrecadando rubrica específica (2% sobre a folha das empresas). A decisão foi tão intempestiva

²¹⁶ Diário Catarinense, 08/06/90, p. 4; 10/09/90, p. 7.

²¹⁷ Diário Catarinense, 16/08/90, p. 3; 17/08/90, p. 4 e 8.

²¹⁸ Diário Catarinense, 26/08/90, p. 12.

que deixou inclusive dívidas em aberto em farmácias conveniadas com o programa, produzindo novo abalo à credibilidade do sistema.²¹⁹

O governo do estado, após inúmeras denúncias de discriminação de atendimento da população feita por prefeitos do oeste catarinense, denunciou formalmente e finalmente o contrato que tinha com a Sociedade Beneficente São Camilo, intervindo no Hospital Regional de Chapecó e transferindo a administração do mesmo para outra associação beneficente, a Sociedade Beneficente Lar da Fraternidade, com raízes na maçonaria.²²⁰

Cláudio Bley aproveitou o período pré-eleitoral para realizar intenso périplo pelo interior do estado inaugurando Unidades de Saúde ainda financiadas com recursos SUS gerados pelo Secretário Walmor de Luca no ano anterior.²²¹

A atuação marcadamente neoliberal do Governo Collor, nítida a partir dos vetos ao Projeto da Lei Orgânica da Saúde, e que impediram a consolidação do financiamento do Sistema de Saúde por repasses automáticos aos municípios e excluíram da lei o capítulo da participação popular começava a reforçar os núcleos ideológicos afins com aqueles princípios. Murilo Ronald Capella, médico conceituado em Florianópolis, escreveu artigo de opinião sugerindo a socialização dos meios (arrecadação) e a privatização dos fins (pagamento por serviços ou outra modalidade que garantisse à categoria médica o exercício liberal da profissão), com os médicos assumindo a responsabilidade de organizar o sistema de saúde.²²²

Ao mesmo tempo, anunciou-se em Brasília, unilateralmente, os recursos para o financiamento da saúde do estado no 4º trimestre, enquanto o Diretor Financeiro do Ministério da Saúde²²³, em visita ao estado, liberou 20 milhões de cruzeiros à Prefeitura de Lages para a construção do Hemocentro Regional. Estes recursos, programados pelo próprio Ministério apenas para o ano seguinte, além do atravessamento federal nas competências do estado enquanto gestor e definidor do Sistema em nível estadual, pela forma como ocorreu esclareceu precocemente aos que tiveram conhecimento do caso o processo de saque que se montava na máquina pública federal. A liberação foi garantida pela intermediação do Deputado Estadual Ivan Ranzolin, do PRN, tendo sido formalizada a partir da assinatura de contrato (sem licitação) entre a Prefeitura Municipal de Lages e a empresa Ômega, indicada pelo próprio Ministério para o planejamento e administração da obra, de 2200 m².²²⁴

²¹⁹ Diário Catarinense, 02/09/90, p. 9.

²²⁰ Diário Catarinense, 07/09/90, p. 3.

²²¹ Diário Catarinense, 20/09/90, p. 5.

²²² Diário Catarinense, 20/09/90, p. 22.

²²³ Os desdobramentos posteriores da crônica policial indicaram que esta autoridade fazia parte do "esquema Paulo Cesar Farias" dentro do Ministério da Saúde, onde seu irmão já detinha a função de Secretário Geral do Ministério.

²²⁴ Diário Catarinense, 24/09/90, p. 3.

O Ministro Alcení Guerra produziu nova bolha de notícias com repercussão nacional ao afirmar que a maior parte dos recursos transferidos ao setor saúde era desviada, acusando os políticos em geral de desvio e causa do fracasso do SUS. Ao mesmo tempo, a cerimônia de entrega de ambulâncias promovida pelo governo do estado suscitou a denúncia de que o projeto livrava o estado de criar serviços que atendessem as necessidades da população próximos da residência dos pacientes.

Na capital, nova greve da FHSC radicalizou-se pelo prolongamento do movimento, obrigando o governo a decretar estado de emergência nas unidades hospitalares, ameaçando ainda demitir os grevistas com contratação imediata de novos funcionários. A Polícia Militar foi finalmente convocada para manter a ordem nos acessos aos hospitais da Grande Florianópolis.²²⁵

No ocaso da administração peemedebista, Alcení Guerra, após contatos com a Prefeitura de Florianópolis e marginalmente com a Secretaria Estadual de Saúde, anunciou a liberação de 436 milhões de cruzeiros para reestruturação dos serviços ambulatoriais dos municípios da Grande Florianópolis e a instalação de programa de enfrentamento à emergência e trauma da capital, nos moldes do que vinha fazendo em outras capitais do país. O projeto previa ainda a instalação do primeiro programa de referência e contra-referência informatizado do Brasil, planejado por técnicos da própria secretaria. Os recursos, significativos para o setor, eram do Programa Pró-Saúde, formado por recursos do Ministério da Saúde administrados paralelamente à estrutura pública por equipe completamente estranha à estrutura do Ministério. As metas definidas para o programa foram o aumento da produtividade da rede básica de 52% para 85% até março de 1991, a redução de 30.683 para 15.000 atendimentos mensais nos serviços de emergência, e o aumento de 50% na utilização dos laboratórios próprios da rede pública.

A maior parte desses recursos, no entanto, seria de fato destinada às obras da Emergência do Hospital Celso Ramos e à obras no Hospital de Caridade, tornando as metas propostas absolutamente sem sentido.

Nas vésperas do Natal de 1990, o Ministro Alcení Guerra denunciou o cartel dos laboratórios multinacionais produtores de medicamentos, que tinham aumentado seus preços em 800% nos últimos três meses. O ministro indicou que o governo entraria com ação judicial contra os mesmos. A perda dos mecanismos de regulação do Estado sobre os produtores de insumos críticos produzida pela política neoliberal implementada pelo próprio governo ao qual o ministro estava ligado dava seus frutos.

No estado, permaneceu intocada a situação pré falimentar da Fundação Hospitalar de Santa Catarina - FHSC, com dívidas crônicas com os fornecedores e

²²⁵ Diário Catarinense, 19/10/90, p. 9; 23/09/90, p. 10; 24/10/90, p. 9; 26/10/90, p. 3; 27/10/90, p. 10.

críticas permanentes contra a morosidade e mau atendimento das suas emergências. O drama da filas era noticiado de todas as formas possíveis.²²⁶

Alceni Guerra, em Brasília, dentro da estratégia de saturação do marketing do presidente Collor, acumulou com pompa novas velhas atribuições ao assumir o Ministério da Criança e prometendo apresentar medidas integradas na área da saúde, educação, alimentação e lazer, objetivando diminuir a mortalidade infantil e combater a violência e a fome.

O INAMPS divulgou, com vigência a partir de janeiro de 1991, normas operacionais que alteravam substancialmente a relação entre o governo federal e os estados e municípios, vinculando o teto dos repasses aos estados a valores *per-capita* segmentados de cobertura ambulatorial baseados na complexidade tecnológica instalada em cada estado e na população residente. Dizendo estar cumprindo o exposto na Lei Orgânica da Saúde²²⁷ promulgada em 31/12/90, o Ministério da Saúde definiu as condições mínimas para que os municípios se habilitassem aos repasses diretos da União, entre as quais constava a criação de Conselho Municipal de Saúde e de Fundo Municipal da Saúde, a elaboração de Plano Municipal de Saúde, e a criação de comissão técnica para definição, em dois anos, do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS, entre outras. Ao mesmo tempo, o Ministério unificou as tabelas de remuneração de serviços contratados pelo SUS, equalizando os valores de serviços públicos e privados. Embutida nestas medidas, entre vários pontos positivos e negativos, estava novamente a redução dos municípios e dos estados a meros prestadores de serviços contratados pelo governo federal, cristalizando-se nesta relação de compra e venda de serviços a tradição corruptora herdada do antigo INAMPS, conflitando a proposta como um todo com o princípio do repasse automático e vinculado à cobertura populacional disposto na Lei Orgânica da Saúde.

No estado, a realidade dos valores propostos pela nova metodologia do Ministério da Saúde correspondeu a um déficit mensal de 297 milhões de cruzados novos, impedindo o estado de honrar os compromissos contratados pelo próprio INAMPS, além de inviabilizar a municipalização. Ao mesmo tempo, o MS liberou para a região da Grande Florianópolis os recursos do Pró-Saúde, no valor de 495 milhões de cruzados novos, explicitando-se a priorização de projetos negociados politicamente em detrimento da manutenção regular e adequada da rede de serviços já instalados. O objetivo de ganhos imediatos com a capitalização política conseguida através do direcionamento arbitrário dos recursos aplicados em investimento fica mais evidente quando se recupera a origem do acordo que liberou os recursos do

²²⁶ Diário Catarinense, 15/12/90, p. 3; 22/12/90, p. 7.

²²⁷ As Leis Federais 8080/90 e 8142/90 são consideradas a regulamentação do capítulo da saúde da Constituição.

Programa Pró Saúde para a região da capital: as lideranças do PDS e PFL, em contato com o Ministro, articularam o repasse via Secretaria Estadual da Saúde, detentora de 90% dos recursos hospitalares da região, garantindo-se antecipadamente a transferência dos mesmos para a Prefeitura de Florianópolis e a outras da região vinculadas à mesma origem partidária. Os recursos entregues ao estado foram aplicados em projetos de maturação a médio prazo, também capitalizados pelo governo já eleito. Entretanto o grande objetivo do projeto foi o de deixar clara a vontade do Ministro da Saúde em relação à escolha do futuro Secretário Estadual da Saúde, colocando entre os mais cotados postulantes à vaga de Secretário Estadual de Saúde no novo governo que recém esboçava suas escolhas, a figura do Chefe do Escritório Regional do INAMPS no estado, o médico João Ghizzo Filho. Assim, o interesse do Ministério em ter um Secretário afinado com o seu projeto político foi claramente sinalizado pelas demonstrações de apoio dadas ao seu representante quando da assinatura do convênio, da elaboração do projeto e da liberação dos recursos. Ao mesmo tempo, à acumulação de prestígio do representante do INAMPS no estado correspondeu o entendimento de facções políticas do PDS e PFL de que o indicado, além de ser confiável internamente (era afiliado do cacique político Jorge Bornhausen), seria capaz de facilitar a aprovação de projetos e a liberação de recursos para o estado mais do que qualquer outro nome disponível. A situação pré-falimentar do estado, em fim de governo e consumindo mais do que a arrecadação ordinária somente com a folha do funcionalismo acabou determinando o valor de tal cacife para o governo eleito. João Ghizzo Filho seria indicado, um mês antes da posse de Wilson Kleinübing como Governador de Santa Catarina, Secretário de Estado da Saúde. O projeto estratégico federal tinha tido pleno êxito.²²⁸

A epidemia de cólera no Peru, neste período alarmava o Brasil e conflitava com a modernidade pregada pelo governo federal. A sombra do século XIX parecia terrivelmente mais próxima do que o primeiro mundo dos discursos oficiais.

Cláudio Bley, às vésperas de deixar o cargo, em visita ao Hospital Regional de Chapecó, denunciou pela última vez em sua gestão a política imposta pelo governo federal aos estados e municípios. "O governo federal conduz o sistema de saúde de forma ditatorial, descentralizando as atividades mas centralizando o controle financeiro"²²⁹.

O governo do PMDB encerrou melancolicamente sua gestão à frente da administração estadual em 15 de março de 1991. Envolvido em dificuldades de caixa para o pagamento da folha do funcionalismo de fevereiro, foi obrigado a negociar empréstimo de curto prazo com o aval do governo eleito mas ainda não empossado

²²⁸ Diário Catarinense, 16/01/91, p. 5; 20/02/91, p. 11.

²²⁹ Diário Caterinense, 08/03/91, p. 8.

para cumprir as obrigações ainda de sua gestão. A situação transferida para a nova administração em tudo se assemelhou à passagem de governo feita quatro anos antes e que tanto tinha indignado o partido em sua posse. As transformações que o partido propôs-se a realizar não aconteceram na realidade, assumindo o poder nas mãos do PMDB o mesmo aspecto anacrônico e inoperante denunciado por Pedro Ivo no dia de sua posse. Tantos erros cometidos no bojo de tantas esperanças tornaram inevitável a derrota política, e irresistível o retorno ao poder das forças conservadoras que já tinham dominado o estado em toda a sua história política.

7. A REFORMA ADMINISTRATIVA SETORIAL

O episódio da reforma administrativa setorial foi destacado no presente capítulo porque explicita, no entendimento do autor, um agir contraditório do processo de condução política do governo estadual como um todo e da gestão na área da saúde em particular que merece uma reflexão mais detida. De certa forma, a interpretação dos vacilos assumidos pela administração, das decisões tomadas e da direção vislumbrada para as transformações setoriais ocorridas durante o período estudado tem sido vista como resultante da maior ou menor competência de um ou de outro ente coletivo político-partidário. A proposta assumida pelo autor e desenvolvida no presente capítulo é a de que o aprofundamento sobre os propósitos explicitados no discurso e os efetivados na prática pelos que detinham o poder de decisão sobre a alocação de recursos e a implementação das políticas neste período pode ser útil para o esclarecimento dos temas privilegiados no presente trabalho.

A proposta desenvolvida tenta indicar que o propósito de mudança embutido na idéia de uma reforma administrativa e em tudo afim com a natureza da reforma sanitária que se esperava implementar em Santa Catarina foi frustrado, e com ela também a esperança de uma transformação setorial mais profunda. Prevaleram no período observado, dentro e fora da área da saúde, as forças cujos interesses se expressaram na opção pela condução de uma política de saúde que não colocasse em risco os privilégios já detidos pelos grupos de poder em diversos "loci" do aparelho de Estado.

7.1. Uma história esclarecedora dentro da história da implantação do SUS em Santa Catarina.

Logo após a vitória de Pedro Ivo Campos nas eleições para governador do estado, definiu-se em nível de coordenação do "governo de transição", a criação de grupos de trabalho setoriais encarregados de detalhar os programas de governo em geral, dando ênfase para um plano de ação a ser implementado nos primeiros cem dias de governo, juntamente com a definição da reforma administrativa que seria implementada em cada Secretaria de Estado e em seus órgãos vinculados a partir da posse do governo eleito.

O grupo setorial da área da saúde, coordenado pelo Superintendente Regional do INAMPS, Ricardo Baratieri, fundamentalmente se ateve à definição do

projeto de unificação das instituições que executavam ações na área da saúde, a Fundação Hospitalar de Santa Catarina - FHSC e o Departamento Autônomo de Saúde Pública - DSP, partindo do propósito de eliminar as dicotomias preventivo-curativo, individual-coletiva e ambulatorial-hospitalar.

Neste sentido, o levantamento de todas as atividades programáticas de ambas as instituições e da Secretaria Estadual da Saúde foi compatibilizado com a proposta organizacional do núcleo central de planejamento do governo de transição definida para todas as estruturas administrativas setoriais. O resultado deste trabalho foi o projeto de criação de uma Secretaria autárquica que integrasse as ações até então executadas de forma desarticulada pelo DSP e pela FHSC como solução para os problemas diagnosticados no funcionamento do setor.

A escolha do Deputado Martinho Ghizzo para Secretário da Saúde e a sua pouca intimidade com o projeto acabou tornando a reforma administrativa setorial uma atividade pouco priorizada pela sua gestão, sendo encarada como importante para o desenrolar do processo de transformação setorial apenas pelo Secretário Adjunto, Orasil Pina, que tinha participado do grupo setorial, e pela Coordenação de Planejamento da Secretaria, que tinha mais claro o aprofundamento do processo de descentralização e entendia como necessidade urgente o aumento da capacidade de coordenação da Secretaria sobre suas atividades-fim, preparando-se de fato para assumir as funções até aquele momento desenvolvidas pela Superintendência Regional do INAMPS.

A escolha dos ocupantes dos cargos-chave da administração da área da Saúde, definido o Secretário de Estado, voltou-se para a definição do Superintendente da Fundação Hospitalar e do Diretor Geral do DSP. Neste sentido, o Secretário Martinho Ghizzo divulgou em 23 de março a escolha do novo Superintendente da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, o médico de Chapecó Alan Índio Serrano. Permaneceria respondendo pelo DSP até a decisão sobre o futuro das duas instituições o Diretor Geral da Secretaria, Orasil Pina. Logo em seguida, Alan Índio Serrano informou a sua recusa em aceitar a Superintendência da Fundação Hospitalar, alegando que a posse de qualquer um no cargo atrasaria a unificação das estruturas propostas pela Reforma Sanitária e pelo Plano de Governo de Pedro Ivo. O profissional concluiu dizendo ser "a dissolução do DSP e da FHSC é fundamental para a Reforma Sanitária em Santa Catarina"²³⁰.

No dia 07 de abril, ainda coerente com a proposta de unificação setorial, Martinho Ghizzo foi nomeado Superintendente da FHSC, acumulando oficialmente as funções de Secretário com as de Superintendente. O Secretário reafirmou a meta de "unificar as ações de saúde através de comando único e através de uma Secretária

²³⁰ Diário Catarinense, 24/03/87, p. 9.

Autárquica de Saúde Pública (sic)".²³¹ Assumindo uma postura avançada no discurso, o Secretário ainda propôs "uma face política" para o setor, prometendo intervir no meio ambiente, no direito à educação, na medicina do trabalho ou em qualquer outro setor da sociedade que pudesse produzir melhora no nível de saúde."²³² O Secretário também falou em assumir a reforma agrária como estratégia para a melhoria das condições de saúde de muitos brasileiros, acreditando ser necessária também uma ampla reforma social e econômica no país.²³³

Somente em maio, entretanto, através da Portaria SES nº 13/87, foi formalizada a criação do Grupo de Trabalho que, presidido pelo Secretário Adjunto, no prazo de 90 dias apresentaria proposta para a Reforma Administrativa setorial. A exposição de motivos que justificou a criação do GT apontou a sintonia perfeita entre o "Compromisso de Governo" colocado ao julgamento da sociedade pelo então candidato Pedro Ivo Campos e os princípios da reforma sanitária, sublinhando que uma das metas para o quadriênio 87-91 seria a promoção de "uma ampla reforma sanitária, com integração dos serviços, objetivando coordenar e racionalizar suas ações, assegurando desta forma a atenção às necessidades da população"²³⁴. As propostas de campanha também tinham explicitado o propósito de reestruturar o setor público de saúde, objetivando a unidade de comando, a articulação e a complementaridade entre as unidades do sistema.

O Grupo de Trabalho recém citado apresentou proposta de unificação das estruturas no mês de agosto daquele mesmo ano, tendo a mesma não correspondido às expectativas do Secretário Martinho Ghizzo, que já tinha se definido por uma estrutura fundacional de direito privado, consolidando os interesses dos diversos grupos de poder no interior da FHSC e explicitando igualmente o rompimento com o grupo que encaminhava o processo de reforma sanitária e que se organizavam em torno da Secretaria Adjunta e Coordenação de Planejamento.

Outros interesses, entretanto, também contribuíram para o fracasso da reforma administrativa setorial. A Diretora Geral do DSP, que militou no movimento sanitário e que no governo trabalhava por uma reforma administrativa que mantivesse o DSP vivo pelo menos até o final de sua gestão analisou assim a questão:

"o DSP nessa época sofreu um processo profundo de transição e de muita resistência interna a este tipo de transição. Por quê? Porque o DSP era um órgão com mais de cinquenta anos de tradição, um órgão que tinha um profundo espírito de corpo, e era o local institucional que discutia a saúde pública como tal, tanto a saúde de cunho campanhista-preventivista, mas também com

²³¹ Diário Catarinense, 07/04/87, p. 7.

²³² Diário Catarinense, 09/04/87, p. 8.

²³³ Diário Catarinense, 09/04/87, p. 8.

²³⁴ PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO. Compromisso de Governo 87-91. Pedro Ivo Campos. Vol. 4 Santa Catarina, 1986.

incursões em alguns programas verticalizados, que tinham um caráter preventivo-curativo. Então este tipo de procedimento técnico de atuação do DSP fez com que houvesse alguma resistência às mudanças dentro do DSP. O principal era um litígio antigo com a Fundação Hospitalar, porque todos entendiam que a Fundação era uma coisa só hospitalar, portanto só curativa, e a resistência a qualquer possibilidade de fusão se dava por causa da questão das práticas e métodos que seriam supostamente implantadas com uma visão inampisante (*o termo será melhor conceituado no capítulo 8.1*), que o pessoal também via com sérias restrições. Então quando eu assumi o Departamento essas coisas estavam fervilhando dentro da instituição. Na saúde do estado o DSP sempre foi considerado o primo pobre, porque na verdade a Secretaria era o maior exemplo de dicotomia preventivo-curativa, porque ela era desintegrada desde o nível central, o que é uma coisa absurda. Ela tinha uma autarquia para a saúde pública e uma fundação para a área hospitalar. E a Secretaria era um núcleo muito reduzido: o Secretário, a Coordenação de Planejamento, algumas coisas relativas a pessoal e a convênios. A execução das ações propriamente ditas ficava com a Fundação e o DSP. Uma das coisas que a gente sempre criticou e que sempre falou, é que toda aquela visão epidemiológica do Lewell e Clark, da fase pré-patogênica e da fase patogênica da história natural da doença, ela se concretizou do ponto de vista institucional e operacional na Secretaria de Estado da Saúde, porque tinha o DSP responsável pelas ações da fase pré-patogênica e a Fundação com as ações sobre o período patogênico. Se a gente for analisar, as várias teorias epidemiológicas acabam refletindo na estruturação dos órgãos e serviços de saúde. Então a gente criticava isto, porque se tentava seguir, e no Brasil era praticamente consensual, aquela história da Conferência de Alma Ata, da Saúde Para Todos no ano 2000 (*SPT 2000, proposta da Organização Mundial da Saúde para o terceiro mundo.*), e a questão das Ações Integradas de Saúde. Claro que a gente visava uma integração dos serviços de saúde e o DSP era quem mais queria isso: por entender conceitualmente, por achar que era o mais correto, e por razões táticas, como forma de deixar de ser o primo pobre da saúde e conseguir ter verbas e condições para executar suas funções. A maior parte do dinheiro da saúde sempre era carreada para a Fundação. Se a gente fizer um levantamento dos orçamentos da época, o DSP tinha no máximo 30% do que era destinado para a Fundação, e se nós fossemos olhar o âmbito de sua atuação, ele era muito mais amplo do que o da Fundação. Mas voltando à reforma, a dicotomia continuava existindo não mais ao nível do pensamento epidemiológico de juntar o curativo e o preventivo, mas na forma de como juntar. O pessoal se recusava sequer a raciocinar na possibilidade da extinção do DSP porque eles achavam que, extinto o DSP, a Secretaria iria se transformar apenas na Fundação. Então eles achavam que deveria ou extinguir os dois, fundir os dois, ou extinguir a Fundação e o Departamento assumiria os dois. O que não deixava de ser um pensamento técnico até correto, porque se a saúde pública é uma coisa ampla e compreende as ações preventivas e curativas, e portanto as ações hospitalares como um todo, ela poderia perfeitamente ser um Departamento de Assistência Médico-Sanitária e dar conta dos dois. Seria uma espécie de Secretaria Autárquica, que até foi muito discutida neste período... Então existia uma certa cultura institucional no DSP que o pessoal que entrou na administração, por ser novo, não soube compreender para construir uma aliança. *Esse foi um ponto que eu identifiquei, e num esquema*

de auto-defesa, eu exacerbei para esse lado. Eu pensei: eu vou buscar os meus aliados, porque os meus amigos de sempre não estão comigo. Eu vou fechar com o pessoal nessa linha, que era uma linha aceitável, não era eticamente incompatível nem tecnicamente incorreta. Agora isso sem dívida dificultou um passo posterior, que era a extinção do DSP de forma gradual, porque levou ao fortalecimento do DSP como Departamento."(parênteses e grifos do autor)²³⁵.

Entretanto, o espaço privilegiado de resistência à reforma administrativa foi naquele período a Fundação Hospitalar de Santa Catarina, como se verá no próximo capítulo.

Abortada esta primeira proposta, um ano depois foi encaminhada à Assembléia Legislativa uma nova proposta, agora patrocinada pelo Secretário Martinho Ghizzo, confirmando a sua opção pela unificação com estrutura orientada pela forma jurídica fundacional de direito privado. Este projeto de lei foi acusado pelas organizações sindicais de servidores de iniciar o processo de privatização da saúde no estado por um lado, e pela própria bancada do partido na Assembléia, por outro, acabando por não se realizar nenhuma alteração estrutural formal no setor saúde de Santa Catarina no período da sua história que se caracterizou por alterações profundas no objeto da atuação do setor e nas próprias definições sobre a responsabilidade de cada instância de governo com relação ao novo sistema de saúde que se implantava. Assim, a substituição da Lei 9226/76 pelo Sistema Único de Saúde definido pela Constituição, se isoladamente já questionaria a forma desarticulada que caracterizava a estrutura do setor, não foi estímulo suficiente para a mudança da estrutura organizacional do estado. O mesmo aconteceu com a absorção pelo estado, durante este período, de muitas novas, variadas e complexas funções antes exercidas pelo INAMPS, e igualmente com a perda da atribuição de muitas das atividades clássicas até então executadas pelas estruturas públicas estaduais e que passaram gradualmente à responsabilidade dos municípios a partir da assinatura do convênio SUDS.

O Secretário Martinho Ghizzo, ao explicar o processo de reforma administrativa sob seu comando colocou a questão dos interesses em conflito de forma mais polarizada:

"na verdade nós vivíamos no meio de grupos de interesse contraditórios muito grandes dentro da sociedade. De uma parte se colocavam os que comandavam essa medicina individualista, mais caracterizada pelo setor terciário, e de outra parte, os que faziam ações básicas de saúde, que eram mais afetos ao Estado. Os dois grupos tinham visões diferentes e procuravam de todas as formas agir, no meu entender, buscando mais os seus interesses, e das suas corporações, do que a busca dos objetivos do SUDS. É claro que o grupo que mais se aproximava dos objetivos do SUDS era o pessoal

²³⁵ COELHO, Clair Castilhos. **Entrevista ao autor**. 1993.

ligado às ações básicas de saúde, o pessoal ligado ao DSP, e isso aí chocava mais ainda os interesses dos grupos ligados às ações terciárias, que eram representados na sua grande maioria pela FHSC. Foi um choque que eu sofri violentamente, porque o meu objetivo era criar, como o próprio nome dizia, o sistema único de saúde, público, e a grande discussão na época é se ele deveria ser organizado na forma de uma fundação ou de uma autarquia, uma autarquia ou fundação. Eu tentava dizer que isso aí era mais uma nomenclatura de natureza administrativa do que o fundamento da coisa. Eu me lembro que diziam que fundação pública não existia. Porque não? Fundação pode ser pública também."²³⁶

O que de fato acabou se cristalizando no plano da realidade, em meio aos diversos interesses que transitaram a favor ou contra o desejo de mudança sintetizado pelo projeto da reforma administrativa foi, inequivocamente, o daqueles que detinham os interesses já instalados na estrutura institucional do setor saúde: nada mudou. Parodiando Marx, o velho não tinha morrido e o novo não podia nascer. Esta constatação, assumida sob a perspectiva do referencial teórico a ser privilegiado no próximo capítulo, deixou clara a limitação estrutural que a proposta da reforma sanitária tinha pela frente para a sua concretização no plano institucional.

7.2. Estrutura administrativa e conflito setorial.

Em nível nacional, a discussão entre técnicos e políticos com relação à reforma setorial que se desenvolvia no país também indicava a unificação das estruturas como ação intermediária importante para viabilizar a efetiva transformação das práticas de saúde. Nesta direção, no Rio de Janeiro, Fórum de debates sobre a reforma sanitária indicou a unificação dos serviços de saúde prestados por todos os órgãos federais como uma das principais sugestões a serem levadas à Assembléia Nacional Constituinte pelo Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Educação e Cultura. O Ministro Roberto Santos, no encontro, colocou "a oportunidade para se repensar a política nacional de medicina, porque se está elaborando uma nova constituição. É necessário rever as normas da saúde. A unificação dos serviços é um dos temas em discussão. Tanto a prevenção como a cura devem ter as mesmas fontes de financiamento e fazer parte dos mesmos programas".²³⁷ Em reunião dos Secretários Estaduais de Saúde em Brasília, o Ministro acrescentou ainda que "a Saúde e a Previdência estão com os pontos de vista ajustados para aplicar as diretrizes da Reforma Sanitária".²³⁸

O Secretário Adjunto da Saúde, Orasil Coelho Pina, que participou do encontro, apontou em seu retorno alguns projetos que eram discutidos no governo

²³⁶ GHIZZO, Martinho Herculano. *Entrevista ao autor*. 1992.

²³⁷ Diário Catarinense, 03/04/87, p. 14.

²³⁸ Diário Catarinense, 07/04/87, p. 8.

federal como conflitantes com a proposta de reforma sanitária por ele defendida, como a do médico de família e a falta de um Conselho Nacional de Saúde. Contextualizando a situação institucional em Santa Catarina, Orasil sublinhava que "o histórico privilegiamento orçamentário da FHSC em detrimento do DSP, que produziu a falta de condições mínimas para o funcionamento dos 500 postos de saúde do estado", seria superado com a proposta de unificação dos órgãos.

Reforçando o diagnóstico de desmantelamento da rede estadual de saúde, o Coordenador de Planejamento da Secretaria da Saúde, Biaze Manger Knoll incluiu a própria estrutura administrativa da Secretaria na situação de crise, informando a realização de um levantamento para "tentar fazer com que a máquina ande, pois além da falta de pessoal, o órgão não dispõe de material e até mesmo condições de prestar um bom atendimento, principalmente na área preventiva e ambulatorial"²³⁹. O Coordenador de Planejamento da SES também sintetizou os princípios que apoiavam a proposta de unificação do DSP e FHSC: "um sistema universalizado e igualitário sob um só comando, considerando a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, tende a eliminar a dicotomia entre a assistência ambulatorial e hospitalar".²⁴⁰

O Secretário Martinho Ghizzo, ao comentar os obstáculos para a efetiva implantação do sistema de saúde em novos moldes indicou a existência de contradições no próprio núcleo de governo, o Palácio Barriga Verde.

"Existiam pessoas extremamente contrárias a este objetivo de governo, e aí eu faço justiça ao Governador Pedro Ivo, porque ele queria realmente implantar o SUDS. Só que algumas pessoas... levavam prá ele dúvidas, dificuldades, receios ou até a visão da necessidade de aproveitamento das instituições... O fato é que ele não conseguia fazer com que o processo deslanchasse. Mas ele, o discurso dele, as falas que ele tinha comigo, ele se mostrava realmente a favor do SUS e de todos aqueles objetivos que estavam no quarto caderninho do programa de governo dele"²⁴¹.

O que se viu, no entanto, retomando o tema da reforma administrativa setorial em suas questões mais objetivas, foi um confronto surdo no qual a proposta de integração dos dois órgãos deixou de ser uma questão central e se colocou como pano de fundo de um conflito que pouco questionou a necessidade da reforma e o conteúdo que a definia, mas a natureza jurídica da nova estrutura e os interesses que supostamente seriam atingidos pela mesma.

²³⁹ Diário Catarinense, 08/04/87, p. 8.

²⁴⁰ Idem, ibidem.

²⁴¹ GHIZZO, Martinho Herculano. *Entrevista ao autor*. 1992.

À proposta inicial de uma Fundação, sugerida pelo grupo setorial da saúde ao recém eleito Governador Pedro Ivo, o mesmo recomendaria mais ousadia²⁴². O grupo setorial desenvolveu assim, a estrutura de uma Secretaria autárquica incorporando as funções da FHSC, do DSP e da própria SES em um novo arranjo mais integrado em relação às atividades-fim, ao mesmo tempo que respeitava uma diretriz sistêmica comum a todos os projetos de reforma então em execução ao nível do executivo estadual. Esta proposta, absolutamente coerente com relação aos propósitos de governo e diretrizes setoriais que já conformavam um arcabouço político-jurídico em discussão em nível de Congresso Constituinte foi, nas palavras do próprio Secretário, um dos motivos para o rompimento e exoneração da equipe da Coordenação de Planejamento, questão já desenvolvida no capítulo anterior.

A seguir, senhor da situação, o Secretário nomeou nova Comissão para produzir o projeto de reforma setorial, que optou finalmente por uma figura jurídica de direito privado, a Fundação Estadual de Saúde, submetendo a totalidade da estrutura setorial à lógica e aos interesses da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, sem dúvida nenhuma desde à muito detentora da hegemonia em relação à definição das políticas públicas setoriais de iniciativa estadual. Apesar das reações corporativas dos funcionários do DSP por um lado, e mais ideológicas do movimento sanitário por outro, o projeto tramitou por alguns meses na Assembléia Legislativa, sendo retirado daquele poder por iniciativa do Executivo, que ponderou pela inoportunidade da matéria, já decorrida mais da metade da gestão peemedebista em Santa Catarina. O governo explicitava finalmente a impossibilidade de uniformizar o seu propósito de governo nesta área após consumido metade do mandato, abdicando de realizar, a partir daquele momento, qualquer movimento mais articulado de intervenção política na estrutura setorial.

O Coordenador de Planejamento da Secretaria da Saúde da época assim colocou a questão dos limites da proposta apresentada:

"Na verdade a proposta do Martinho foi a proposta do governo, ou seja, foi a proposta que ele conseguiu negociar com o governo. E não passaria nem essa reforma. E exatamente por conta daquele segundo obstáculo, um poder extra-setorial que se colocava ao nível do palácio de governo e que impedia qualquer avanço. E era uma barreira certamente construída e municiada a partir dos interesses da Associação Catarinense de Medicina, da Associação Catarinense de Hospitais e da própria Fundação. Foi construída lá uma barreira fora da Secretaria. Nós não a superaríamos."²⁴³

²⁴² SERRANO, Alan Índio e PINA, Orasil Coelho. **Comunicação ao autor**. Esta versão do episódio, incluindo ainda a determinação do Governador de que o novo órgão tivesse administração direta foi também relatada por Biaze Knoll a DA ROS, Marco. **Um drama estratégico: o movimento sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina**. Dissertação de mestrado. ENSP/Fio Cruz, 1991, p. 242.

²⁴³ MACARI, Edson Luiz. **Entrevista ao autor**. 1992.

Os depoimentos de alguns atores sociais do período salientaram outro rol de questões, como a ausência de unidade de propósitos e o descompromisso puro e simples do governo com a proposta da reforma sanitária.

"Na verdade, naquele momento, na relação estado-União, eu acho que o estado, através de seus dirigentes, não compreendia o princípio da universalização, da construção do sistema único. Eles não estavam se apercebendo disso. Só queriam, ou vislumbravam apenas a questão dos recursos, mas não os compromissos que adviriam da construção de um sistema unificado, descentralizado. Então o que a gente depreendeu daquele momento das discussões em todos os momentos, era isso."²⁴⁴

"Na verdade a gente era apenas um ator secundário, num estado desmantelado pelo crescimento intenso das suas atribuições. Então o período que a gente vivenciou foi um momento extremamente difícil. A equipe não era harmônica, os dirigentes não eram comprometidos com a proposta, não havia coerência entre o que se propunha e o que se executava. Então foi extremamente difícil a gente conseguir alcançar objetivos"²⁴⁵.

"Na minha avaliação, a questão da unificação das três estruturas - da Secretaria, do DSP e da Fundação - era uma proposta restrita a um grupo de interesse ao qual eu me incluo. Porque a proposta de unificação, na minha avaliação, nunca foi proposta do governo. Ela foi proposta desse grupo de pessoas, que avaliando como as coisas caminhavam, avaliando a discrepância que existia entre recursos do DSP e recursos da Fundação, propunha que houvesse modificações estruturais. Ou seja, uma estrutura única que administrasse os seus vários braços. E por isso ela não houve. Além disso, não acontecendo a reforma no começo do governo, onde se teria mais quatro anos para consertar qualquer reação que houvesse, não ia ocorrer no segundo ano, e no terceiro muito menos, porque 89 já era o terceiro ano de governo. Ou seja, o desgaste que o governo corria acabaria não dando nenhuma chance de reeleição, que sempre existe essa preocupação na cabeça dos homens. Em síntese: não era a proposta de governo, foi proposta do grupo que trabalhou na questão da saúde e não foi encampada já de início. A proposta nasceu morta."²⁴⁶

Do lado da defesa corporativa, vários depoimentos explicitaram os movimentos intra-institucionais que se posicionavam com relação à proposta:

"O pessoal dizia: vamos extinguir a Fundação. O resto respondia: mas tem uma Lei que criou. Todo mundo andava com aquele negócio debaixo do braço - não pode extinguir. A Secretaria ameaçava: nós vamos extinguir porque é proposta de governo. Então ficavam esses dois grupos brigando, quando na realidade a briga não era prá acabar com a Fundação, mas prá criar o SUS"²⁴⁷.

"O Dr. Aurélio, como pessoa era formidável, homem direito, mas realmente a minha solicitação da sua saída foi em função de ele não querer. O Aurélio não era partícipe do SUS. Ele

²⁴⁴ VIANNA FILHO, Abelardo. *Entrevista ao autor*. 1993.

²⁴⁵ BARATIERY, Ricardo. *Entrevista ao autor*. 1993.

²⁴⁶ LOCKS, Maria Tereza. *Entrevista ao autor*. 1992.

²⁴⁷ BONASSIS, João Batista. *Entrevista ao autor*. 1993.

representava aqueles que achavam que a Fundação deveria permanecer, deveria continuar como Fundação. Mas que o Aurélio realmente não via o SUDS, e eu não tenho contra a pessoa do Aurélio absolutamente nada, só que ele mesmo dizia que ele objetivava melhorar a Fundação, fazer com que a Fundação fosse bem administrada, tivesse sucesso, mas não queria a sua extinção. Ele queria a permanência da Fundação, ou seja, ele obstaculizava a unificação, que era um objetivo de governo²⁴⁸.

A reforma administrativa, entendida pelo grupo que conduzia o processo de transformação setorial como um pré-requisito importante para o avanço da proposta, em meio a tantos interesses contraditórios e à falta de uma vontade política suficientemente acumulada de poder para concretizá-la, colocou-se como tantos outros projetos sem paternidade definida nos labirintos burocráticos da máquina pública: foi esquecida e deixou de fazer sentido poucos meses depois, sendo retirado da Assembléia antes de submetido à análise legislativa. O próximo capítulo tentará aprofundar o entendimento deste processo, que explicitou algumas formas de ação seletiva da máquina pública, privilegiando alguns interesses em detrimento de outros.

²⁴⁸ GHIZZO, Martinho Herculano. *Entrevista ao autor*. 1992.

8. ALGUNS TÓPICOS PARA DISCUSSÃO: REFORMA ADMINISTRATIVA, MUNICIPALIZAÇÃO E PROPÓSITOS DE GOVERNO.

A discussão do processo de municipalização das ações de saúde ocorrido em Santa Catarina e a tentativa de reforma administrativa setorial ameaçada pela administração peemedebista durante seu governo tiveram em comum uma resistência pouco visível mas bastante forte e que se unificou em torno do sentimento geral de contrariedade ao novo arranjo político-institucional que ambas representavam. O desenvolvimento destes dois projetos ocorreu entretanto com tal limitação no plano da prática e mesmo do seu entendimento em termos conceituais que parece útil a análise integrada destas duas questões em torno dos obstáculos à plena expressão das mesmas e as diferentes vontades políticas que se colocaram contra a sua concretização e que, em última instância, definiram os limites possíveis para as mesmas.

Estas limitações se colocaram no plano da realidade estadual na forma de uma implementação meramente administrativa e sem qualquer inclusão de conteúdo que capacitasse os novos atores sociais que se habilitavam a participar do processo a exercerem efetivamente o papel de agentes de mudança. As práticas setoriais, assim, continuaram se pautando por uma fixação no espaço biológico, centrando-se, quando muito, na expansão acrítica do modelo médico e seu símbolo : o hospital. De alguma forma, no plano político-administrativo, a alteração apenas formal do poder setorial do nível federal para os municípios, que assumiram redes de saúde sem qualquer recurso para exercer de fato a função de comando político sobre o mesmo contribuiu para a manutenção da realidade sem maiores questionamentos. Finalmente, a confusão conceitual que cometeu mesmo os setores mais comprometidos com a transformação setorial, que passaram a ver a descentralização, uma estratégia-meio, como um verdadeiro fim em si mesma, comprometeu também irremediavelmente os resultados concretos que poderiam advir a partir do avanço inegável do projeto progressista no espaço político-jurídico no decorrer do período estudado.

A constatação de que a reforma sanitária catarinense ficou, na melhor das hipóteses ao nível da implementação das Ações Integradas de Saúde, permanecendo como um projeto alternativo apenas delineado para a realidade setorial será discutida a seguir na perspectiva de se esclarecer a que propósitos de governo atendeu um avanço concreto tão tímido para um processo de mudança institucional tão ambicioso.

A superposição parcial do projeto da reforma sanitária no que diz respeito à municipalização em relação às receitas genéricas de ajuste neoliberal, que igualmente propõe a descentralização como uma de suas estratégias, é indicada aqui como uma das hipóteses para a inflexão direcional tão facilmente conseguida no projeto de transformação defendido pelo movimento sanitário, e que, implementado com outra orientação, deu expressão ao seu justo contrário: um sistema múltiplo de saúde, segmentado e perpetuador de desigualdades.

8.1. Municipalização e Estado Mínimo.

Mendes²⁴⁹, ao refletir sobre o processo de municipalização em desenvolvimento no país a partir da implementação da política de descentralização do setor saúde em desenvolvimento desde 1984 com o convênio das Ações Integradas de Saúde - AIS e aprofundado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, assumiu a possibilidade de caracterizá-lo a partir da identificação de duas variáveis - o tipo de gestão e o tipo de modelo assistencial assumido pela mesma. A partir do cruzamento destas variáveis, Mendes produziu três tipos de municipalizações possíveis, conforme discriminado melhor na tabela a seguir:

Tabela 2. Formas de municipalização de Saúde no Brasil.

MODELO ASSISTENCIAL	GESTÃO	
	SEM TRANSFERÊNCIA AO MUNICÍPIO	COM TRANSFERÊNCIA AO MUNICÍPIO
SEM mudanças no paradigma assistencial	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	INAMPIZAÇÃO
COM mudanças no paradigma assistencial	---	DISTRITALIZAÇÃO

Fonte: MENDES, Eugênio Vilaça. O Consenso do Discurso e o Dissenso da Prática Social: Notas sobre a Municipalização da Saúde no Brasil. In: *Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde*, Vol. 1. Ministério da Saúde, Brasília, 1992, p. 14.

²⁴⁹ MENDES, Eugênio Vilaça. O Consenso do Discurso e o Dissenso da Prática Social: Notas sobre a Municipalização da Saúde no Brasil. In: *Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde*, Vol. 1. Ministério da Saúde, Brasília, 1992, pp. 13-16.

Por *prestação de serviços* o autor entende um modo de relação entre União, estados e municípios no qual repassam-se recursos para custeio de atividades ambulatoriais e hospitalares em unidades de produção próprias e transferidas, sem que haja qualquer mudança com relação às práticas anteriores à municipalização realizada. Na verdade, os municípios seriam equiparados a qualquer prestador de serviços privado contratado ou conveniado ao SUS, recebendo na verdade menos poderes de gestão e mais problemas acumulados pela União e pelos estados. Este processo manteria inalterada a estrutura segmentada da rede prestadora de serviços construída no país nos anos 70, constituindo-se o subsistema público normalmente como responsável pela assistência a grupos sociais marginalizados. O autor parece estar se referindo ao limite possível com a implementação das AIS, e que já em 1987 tinham esgotado seu potencial transformador da realidade setorial.

A *inampização* foi uma expressão associada por Mendes ao processo de municipalização caracterizado por transferência de mecanismos de gestão para os municípios - ainda que sob instrumentos convenientes - sem que se desse a produção de qualquer modificação do modelo assistencial daquele espaço-população. Sinteticamente, o município assumiria a gestão do sistema de saúde e reproduziria a prática social setorial vigente, que se caracteriza pelo perfil de gestão desenvolvido classicamente pelo INAMPS, com uma administração paramétrica da atenção médica e a valorização da liturgia dos mecanismos de controle e avaliação que não escondem um papel de intermediação de origem cartorial e clientelista entre Estado e sociedade, sem impedir a institucionalização de múltiplas formas de apropriação privada da *res pública*²⁵⁰. A alusão à inampização sugere que Mendes tenha se inspirado nos limites concretos observados na implementação do SUDS para formatar esta forma possível de municipalização.

Finalmente, o autor desenha a possibilidade de municipalização com transferência de gestão e mudança do paradigma de atenção, idealizando um modelo centrado na atenção à saúde e não na doença, organizado por espaços-população em contraposição ao modelo de atenção por segmentos sociais, e onde os recursos de saúde estariam envolvidos em um processo social de mudança das práticas sanitárias, incorporando uma nova e dialética relação da população com os seus serviços. Esta possibilidade de municipalização seria a *distritalização*, uma verdadeira transformação dos conteúdos privilegiados para a ação setorial associada a uma efetiva transferência de poder para os níveis operacionais da rede de serviços.

Não existe nenhuma dificuldade, dado este modelo, em classificar o tipo de municipalização planejado e implementado pela SES em Santa Catarina no período dado à observação: o de prestação de serviços, transferindo apenas topicamente as

²⁵⁰ Idem, *ibidem*.

possibilidades de solução e reversão da realidade sanitária da população ao gestor municipal.

Na verdade, vendo o processo de municipalização de Santa Catarina a partir de um ponto de vista retrospectivo hoje possível, fica-se com a nítida impressão de que o mesmo não foi anárquico, mas de fato atendeu a diversos interesses, resultado que foi de uma correlação de forças existente no espaço setorial. Estes interesses fizeram do processo de descentralização não apenas uma forma de aproximação da gerência dos serviços com a população, mas principalmente um rearranjo político-administrativo que resultou em uma efetiva diminuição do tamanho do Estado e do custo assumido pelo âmbito estadual em relação às políticas sociais por ele implementadas na área da saúde.

Fica claro também que em seus resultados, o processo de descentralização preconizado pela Reforma Sanitária, assumido em sua implementação por grupos de interesse afinados com um projeto setorial de base mercantil, atendeu de fato a todos os interesses e diretrizes dos processos de ajuste receitado pelos neoliberais.

Esta constatação setorial desmascara, se isso serve como consolo, a farsa do discurso neoliberal e de sua afirmativa de que o "Estado Mínimo" seria favorável aos setores típicos da ação do Estado, entre os quais o da saúde, como beneficiário direto da retração do Estado nos demais espaços das relações econômicas. Neste sentido, a proposta neoliberal pode ser entendida para além da sua formulação enquanto uma simples política de ajuste. Ela representa uma verdadeira proposta de redistribuição de poder na qual o Estado transferiria ao espaço privado recursos de toda ordem acumulados historicamente sob a denominação de patrimônio público, a partir da aceitação majoritária dos grupos dominantes de que o Estado seria incompetente para a regulação da produção, distribuição e mesmo da gestão destes bens e serviços. Esta barganha se daria em nome de uma outra aceitação tácita: a de que o mercado assumiria com vantagens a função redistributiva que a sociedade já reconheceu que sob controle do Estado se faz de forma inadequada.

Na área da saúde podem se colocar, entretanto, muitas razões objetivas para provar a inviabilidade da opção neoliberal de regulação setorial via mercado:²⁵¹

1. a saúde, pela sua natureza intrínseca, não pode ser considerada objeto de transação em mercados concorrenciais. O mercado pressupõe uma tensão permanente entre oferta e procura de produtos, sendo necessária uma certa carência para que se mantenha o preço do produto sob regulação do mesmo. A aceitação do mercado como regulador da produção e consumo de saúde exige a aceitação de sua falta relativa, já

²⁵¹ REINHARDT, V. E. Resource allocation in health care: the allocation of lifestyle to providers. *The Milbank Quart.*, 65:153-177, 1987 e TOBIN, J. On limiting the domain of inequalities. *J. Law and Economics*, 13:263-277, 1970. *Apud* MENDES, Eugênio Vilaça. Cinco razões para o fim do INAMPS. *Saúde em debate*. nº 39, jun. 93, pp. 26-34.

que o preço é uma decorrência de uma defasagem relativa entre oferta e procura por um determinado bem. Sem esta "falta relativa" não é possível a transação de produtos. Da mesma forma, deve-se assumir o risco da falta da saúde em seu sentido absoluto (vista aqui reduzidamente como produto de bens e serviços médico-assistenciais) uma vez que as crises cíclicas do capital tornariam eventualmente indisponíveis os serviços de saúde, poderiam tornar a produção destes bens desinteressantes, em termos de preço, aos seus produtores;

2. "os mecanismos de mercado tendem a penalizar os velhos e os portadores de doenças crônicas"²⁵². O mercado individualiza as relações de troca, maximizando o seu lucro e redefinindo o preço de cada mercadoria de acordo com os riscos previsíveis em cada transação. No caso dos velhos, portadores de patologias crônicas, doenças exigentes de procedimentos de alto custo, etc, os riscos acrescidos aumentariam de tal forma os custos do "produto" colocado no mercado que inviabilizaria o acesso da maioria dos potenciais consumidores. O caso das apólices de seguro-saúde, que excluem da cobertura proposta estas patologias e/ou decuplicam o custo das apólices para consumidores idosos são um exemplo disto;

3. a saúde é um atributo que condiciona a utilização de todos os outros bens e serviços. Em virtude disto, o tratamento dado a este atributo deve ser preferencial, algo pouco propício a relações típicas de mercado, pois o seu consumo assume a condição de favorecedor ou condição prévia e necessária à própria viabilização do mercado;

4. os consumidores não são soberanos para decidir quando nem como utilizar os serviços de saúde, o que exige a intermediação de um profissional, rompendo a lógica do mercado. Neste sentido, não é sem razão que em sociedades desenvolvidas e mesmo analisando historicamente a evolução da prática médica, as preocupações éticas relacionados com a impressionante acumulação de poder conquistado pelos profissionais de saúde em geral e pelos médicos em particular tem levado à criação de comissões de avaliação de tecnologias e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, comissões estas controladas por membros da sociedade civil, na tentativa de controlar esta interferência no livre arbítrio dos consumidores de assistência de saúde;

5. a existência de externalidades, ou seja, o fato de que a utilização de serviços de saúde produz vantagens não somente para quem os adquire, mas à sociedade em seu conjunto. Neste sentido, a saúde é um bem especial, assim como a educação, as artes e a cultura, entre outros, que tem uma sobrevalorização dada pela própria sociedade: quanto mais se produz "saúde", mais benefícios são transferidos à coletividade. Além da sobrevalorização decorrente deste fato, o interesse da

²⁵² MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Hucitec/Abrasco, São Paulo, 1993. p 84.

sociedade interfere na relação consumidor-produtor de serviços de saúde, gerando interferências que impediriam o funcionamento do mercado se extrapolado para a totalidade do mercado de produção e consumo destes serviços;

6. "o caráter aleatório do aparecimento das doenças"²⁵³, que por si só é um obstáculo ao funcionamento adequado das relações de mercado. O consumidor eventual e em lugar incerto e não sabido não terá disponível o produtor de serviços quando dele precisar fazer uso.

Reforçando o já exposto, a proposta de privatização colocada ao setor saúde significa a redução da saúde a uma mercadoria como qualquer outra. Entretanto, esta proposta se sustenta em uma aceitação mais ampla do papel regulador do Estado:

"...a proposta neoliberal de funcionamento livre do mercado, provém de uma visão ideológica singular que deseja substituir uma regulação pelo Estado por uma regulamentação privada. Em outras palavras, substituir o poder político pelo poder econômico na regulação sanitária"²⁵⁴,

Retomando o eixo da análise do processo de municipalização assumido pelo estado em Santa Catarina, cabe ressaltar que o mesmo pode ser visto em sua limitação também pela constatação de que se resumiu à transferência pura e simples das unidades de saúde até então geridas pelo Departamento Autônomo de Saúde Pública para a administração dos municípios, para o qual foram estes últimos induzidos com a ilusão de que o processo, mediado por um mecanismo tradicional - o convênio - lhes traria recursos sem maiores responsabilidades.

8.2. Análise da municipalização catarinense a partir da Programação e Orçamentação Integrada - POI.

Talvez a explicitação mais flagrante do horizonte estreito que permeou o processo no estado esteja no tratamento dado à Programação e Orçamentação Integrada - POI, instrumento que se colocava como indutor de transparência nas ações públicas e que se constituiu em importante possibilidade estratégica de integração e descentralização interinstitucional à disposição dos condutores do processo de municipalização catarinense mas totalmente desconsiderada pelo estado.

As POI tinham sido instituídas por Resolução da CIPLAN como instrumentos estratégicos de aproximação interinstitucional e de planejamento descentralizado, possibilitando ao gestor público uma visão de conjunto da alocação de recursos setoriais em cada estado e, pela primeira vez, a partir da sua análise, a articulação dos recursos alocados com a realidade epidemiológica de cada unidade

²⁵³ MENDES, Eugênio Vilaça. *Op. cit.*, p.

²⁵⁴ MENDES, Eugênio Vilaça. *Op. cit.*, p. 28.

federada²⁵⁵. Visando contribuir para a superação dos obstáculos verticais de comunicação entre esferas de governo (município-estado-União) e culturais decorrentes do choque interinstitucional previsível quando da estruturação de um futuro órgão único de gestão no âmbito do estado, as POI não cumpriram este papel no estado de Santa Catarina pela simples constatação da forma restrita como o processo foi encarado. As freqüentes soluções de continuidade no trabalho das equipes de planejamento da SES, seja pelo conflito que resultou na exoneração da equipe daquela coordenação em setembro de 1987, seja pelas trocas freqüentes de Secretário - três em um período de quatro anos, também participam como fatores auxiliares para o fracasso da mesma.

Entretanto, é importante salientar que outros fatores mais relevantes podem ser colocados como explicação mais consistente para o descarte deste instrumento de planejamento. Entre estes, está o fato de que a POI, vista como instrumento essencialmente democratizante da gestão dos recursos das diversas esferas de governo e ao mesmo tempo afim com determinados resultados possíveis em relação aos processos por ela mediados (estava indissolúvelmente ligada à construção de uma nova realidade setorial), era, como método, incompatível com os projetos e práticas que orientavam a ação daqueles grupos que detinham o poder de definir e expressar seus objetivos através da ação pública no período observado.

Para uma análise mais isenta do processo em foco, buscou-se a avaliação institucional realizada sob coordenação do governo federal sobre a descentralização em curso em Santa Catarina, cujo parecer é definitivo em relação ao encaminhamento equivocado e à responsabilidade do governo estadual em relação ao mesmo.

Esta avaliação, consubstanciada em documento produzido em março de 1988 por comissão constituída no âmbito do Ministério da Saúde/Previdência Social em Brasília²⁵⁶, analisando o conjunto das Programações Orçamentárias Integradas - POI's dos estados, e valorizando 16 variáveis em relação ao processo de desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS, situou o processo de descentralização em Santa Catarina conforme apresentado na Tabela 3:

²⁵⁵ Ofício Circular Secretaria Técnica da CIPLAN nº 30/85.

²⁵⁶ CIPLAN - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Análise da POI 88-90 Estado de Santa Catarina. (mimeo), 1988.

Tabela 3. Avaliação da implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em Santa Catarina, 1988.

VARIÁVEL OBSERVADA	AVALIAÇÃO
Convênio SUDS -	sim
Conselho Estadual de Saúde -	em criação (?)
Plano Estadual de Saúde -	não
Participação das instâncias gestoras:	CIS ** CRIS ** CIMS
Modelo Assistencial -	em elaboração
Gerenciamento -	em transição
Multi-institucionalidade -	parcial
Intersetorialidade -	programada
Particip da sociedade civil organizada -	parcial
Processo POI -	descentralizado (?)
Política de RH -	não
Isonomia salarial -	sim
Plano de Cargos e Salários -	não
Sistema de Informações -	em elaboração
Coerência diagnóstico UF/prioridades UF -	parcial
Coerência prioridades UF/estratégias UF -	parcial

Fonte: CIPLAN - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Análise da POI 88-90 Estado de Santa Catarina, 1988.

A análise comparativa da proposta orçamentária catarinense em relação à das demais unidades da federação dava conta de uma decisão deliberada do estado de retração da sua co-responsabilidade de financiamento setorial em relação ao conjunto dos demais órgãos envolvidos com o processo. Neste sentido, SC se colocava em penúltimo lugar entre todas as unidades da federação quanto ao percentual de participação assumido pelo estado em relação ao financiamento da POI, com apenas 4,43 % em relação ao total solicitado à instância federal. O montante solicitado sugeria ainda ter sido também hiper dimensionado, já que a proposta catarinense era maior do que a paranaense e apenas 30% menor do que a gaúcha, ambos os estados com o dobro da população e redes públicas muito maiores do que a catarinense.

A análise subjetiva do processo da POI catarinense produzida por equipe da CIPLAM que visitou o estado colocou, além disso, profundas ressalvas quanto à seriedade de propósitos da SES em relação à mesma: o ambiente político foi considerado "desfavorável à implementação da POI e implantação e consolidação do

SUS" ²⁵⁷. Quanto ao processo de elaboração, "o mesmo não foi valorizado; sua discussão não foi descentralizada nem houve integração interinstitucional. A POI foi elaborada centralizadamente, sem compreensão do seu conteúdo e de seus objetivos reais..."²⁵⁸.

A análise, comparando o diagnóstico da situação estadual produzido no estado com as prioridades e estratégias elencadas para a gestão do SUDS, flagrava ainda uma inconsistência que parecia derivada do caráter pouco transparente e meramente burocrático que permeou objetivamente a produção das POI no estado.

É importante salientar, à vista do encaminhamento do processo de implementação do SUDS e à constatação da importância que alguns instrumentos metodológicos específicos exerceram sobre o processo, especialmente a POI e outros eixos de ação que tiveram em comum a eleição do referencial teórico do planejamento como meios priorizados, e apenas no sentido de colocar pontualmente uma crítica às escolhas estratégicas privilegiadas pelo movimento sanitário para a implantação do SUS, que a proposta de seu uso como instrumento suficiente para a superação da realidade em direção ao projeto de transformação setorial teve nuances de prepotência e superestimação do poder acumulado pelo movimento. Da mesma forma, a escolha do *locus* institucional associado ao ferramental de planejamento em sua vertente estratégica teve a peculiaridade de incorporar uma contradição que pode ter custado caro ao projeto de transformação social: ambos - Estado e planejamento - carecem historicamente de afinidade com a participação popular e o controle da sociedade sobre suas práticas. Nas palavras de Gallo²⁵⁹, o encaminhamento do movimento de transformação supostamente do interesse das classes subalternas a partir de um grupo *institucional* que tinha como principal instrumento da ação e de definição da relação Estado-sociedade o *planejamento*, acabou por aproximar este grupo do "estatismo tecno-burocrático de *experts*"²⁶⁰ indicado por Poulantzas.

A questão relevante em relação à POI, entretanto, diagnosticada a sua limitação estratégica e operacional tanto intrínseca quanto em relação à sua operacionalização em Santa Catarina, é entender porque a mesma não foi assumida no estado dentro do espírito de processo por um lado, como instrumento de planejamento ascendente por outro ou, finalmente, como instrumento de integração interinstitucional. Entre as hipóteses que podem ser colocadas, a mais provável é a de

²⁵⁷ Idem, *ibidem*.

²⁵⁸ Idem, *ibidem*.

²⁵⁹ GALLO, Edmundo. Crise Teórica e Crise Política - Impactos na Saúde Coletiva. In: FLEURY, Sonia (org). *Saúde: Coletiva ? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p. 68.

²⁶⁰ POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o Poder, o Socialismo*. Rio de Janeiro, Graal, 1985, p.293.

que a POI, como método de planejamento mais transparente e democratizado de alocação de recursos setoriais, era incompatível com os propósitos de governo antes e depois de 1987, pouco interessados em uma transformação nas práticas de gestão pública. Da mesma forma, sendo um instrumento técnico, a sua existência não era reconhecida pelas instâncias políticas detentoras do poder real dentro dos *loci* de poder do aparelho de Estado.

O aparente conflito que poderia ser identificado entre um instrumento técnico de alocação de recursos e as práticas patrimonialistas vigentes na máquina administrativa estadual (questão aprofundada em capítulo próprio) fazem entretanto sentido apenas parcial, uma vez que instrumentos orçamentários muito mais legítimos e sujeitos a processos muito mais transparentes dos aparelhos jurídico-legais da máquina pública, como é o caso do Orçamento Geral do Estado, tem tido existência apenas formal, sendo utilizados mais para a representação do processo democrático do que para a sua incorporação plena ao cotidiano institucional. Neste sentido a POI não poderia abalar seriamente qualquer lógica já institucionalizada.

8.3. Municipalização opaca, Estado transparente: práticas seletivas no encaminhamento do SUDS.

Os processos seletivos apontados por Offe²⁶¹ para um entendimento mais claro dos mecanismos que de fato deram sentido à ação do Estado neste caso parecem colocar o instrumental da POI dentro de um eixo explicativo no qual o mesmo não deveria ser visto em sua dimensão apenas técnica mas no seu caráter de instrumento seletivo, ou seja, que papel o mesmo assumiu na lógica de alocação que presidiu o processo de partilha dos recursos à disposição do gestor público. Neste sentido, há que se reconhecer que esta lógica quase sempre foi definida em outras instâncias de poder que não os departamentos de planejamento setoriais. Por conta disto, nenhum interesse tinha afinidade ou precisava deste instrumental para a consecução de seus objetivos. O caráter estratégico da POI tinha sido definido por outro grupo de interesse, o movimento sanitário, mas não tinha a mesma utilidade nas mãos de outros grupos naquele momento alojados na máquina político-administrativa do estado.

Visto de uma perspectiva mais ampla, a compreensão deste processo de alocação e de privilegiamento parcial de demandas indica que os mecanismos de alocação mais gerais ao nível da seleção inter-setorial (o Orçamento do Estado, por exemplo) limitariam já inicialmente os recursos para o setor saúde, sistematicamente secundarizado nas suas necessidades por setores mais afins com o processo de atualização do capital. Esta situação explica os insignificantes recursos

²⁶¹ OFFE, Claus. Op. cit.

historicamente alocados para o setor, bem como o fenômeno da expressiva retração dos empenhos estaduais ocorrida a partir do crescimento dos repasses federais vinculados à execução do convênio SUDS. Já dentro do setor, funcionariam os "anéis burocráticos"²⁶², espécie de vínculo ideológico entre representantes do capital privado e membros da alta burocracia tendo como pano de fundo uma certa promiscuidade/complacência da máquina pública, que permite a barganha desses interesses e a sua absorção através de favores e contratos privilegiados e/ou dirigidos, produzindo em síntese a seleção de interesses particulares e/ou específicos atendidos de forma pouco transparente pelos recursos públicos.

Assim colocado, fica entendido que se cruzariam com baixo grau de atrito dois padrões distintos de estruturação da máquina do Estado no caso específico da SES: o padrão patrimonialista, herdado dos portugueses e cristalizado pela administração oligárquica de quase um século, favorecendo interesses a partir de critérios e relações pessoais, familiares ou ideológicos, e o racional-burocrático, vinculado às próprias pressões dos setores modernos do capital, exigentes de previsibilidade e estabilidade nas relações políticas e econômicas necessárias ao próprio processo de acumulação capitalista. Ambos os padrões seriam contemplados na maioria das suas demandas, dando-se a cooptação das classes dinâmicas da sociedade pelas elites políticas da ordem patrimonialista à custa de favorecimentos e privilégios pouco ortodoxos sob o modelo racional-legal.

8.4. A reforma administrativa que não houve: os propósitos reais de um "governo de mudança".

A hipótese desenvolvida neste recorte de pesquisa é a de que existe necessariamente uma relação de coerência entre os objetivos a serem alcançados por determinado ator social e os instrumentos por ele privilegiados no sentido de atingi-los. Desta forma, é possível uma aproximação mais clara em relação às propostas que nucleavam interesses hegemônicos dentro da administração estadual no período estudado se dissecarmos os métodos e instrumentos privilegiados por estes interesses quando do esforço por concretiza-los na realidade setorial. No caso da reforma administrativa, a permanência da antiga estrutura nos força a afirmar a ausência de propósitos de mudança realmente majoritários durante o governo estadual visto sob o foco da ação setorial.

Neste sentido, a relação entre *propósitos de governo*, que em última instância correspondem ao projeto do grupo ou coalizão dominante em uma

²⁶² CARDOSO, Fernando Henrique. *Autorismo e democratização*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1980.

administração pública, os *métodos* por este propósito privilegiados (nos qual a POI poderia se incluir) e a *estrutura institucional* necessária para a sua implementação foi dissecada por Testa²⁶³, que afirma existir *uma relação de coerência necessária entre propósitos de governo, métodos empregados e a estrutura organizativa das instituições com responsabilidade de execução destes propósitos para que os mesmos sejam de fato alcançados*. Segundo o autor, essas

"relações de coerência se expressariam por vínculos de determinação e condicionamento. A determinação é entendida como uma força positiva que estabelece os limites dentro do qual deve ocorrer um fenômeno. Em outras palavras, se é dado A, então para que B ocorra deve se cumprir as condições c, d, etc. Condicionamento, em contrapartida, seria uma força negativa que fixa os limites fora dos quais não pode ocorrer um fenômeno: se B, A não pode realizar x, y, z."²⁶⁴

Os *propósitos de um governo*, em condições latino-americanas, sempre segundo Testa, estariam determinados em uma instância mais geral pelo papel do Estado, podendo ser resumidos como:

1. um *propósito permanente*: a sua manutenção enquanto governo e a das características dominantes da formação econômico-social que o sustenta;
2. um *propósito principal*: o crescimento da produtividade das atividades que controla ou coordena;
3. um *propósito possível*: o favorecimento das condições que conduzam à transformação da estrutura social.

Quanto ao *método*, ele seria determinado pela teoria que explica os problemas a serem resolvidos ou enfrentados por este governo. No caso da saúde, o autor coloca a necessidade de serem repensados os métodos, na medida em que se alteram as bases teóricas ou for sendo incorporado um novo paradigma que altere o sentido e o entendimento do processo saúde-doença, o propósito último de intervenção de uma estrutura de serviços de saúde.

Esta base teórica, é importante salientar, foi razoavelmente construída pelo movimento sanitário, tendo como sua síntese mais conhecida o prólogo do Relatório Final da VIIIª Conferência Nacional de Saúde de 1986:

"A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de

²⁶³ TESTA, Mario. Tendencias in planificación. in *Pensar en salud*. CESS/AMR, Caracas/ Buenos Aires/ Rio de Janeiro, 1986 (mimeo). pp. 82-88.

²⁶⁴ Idem, *ibidem*, p. 86

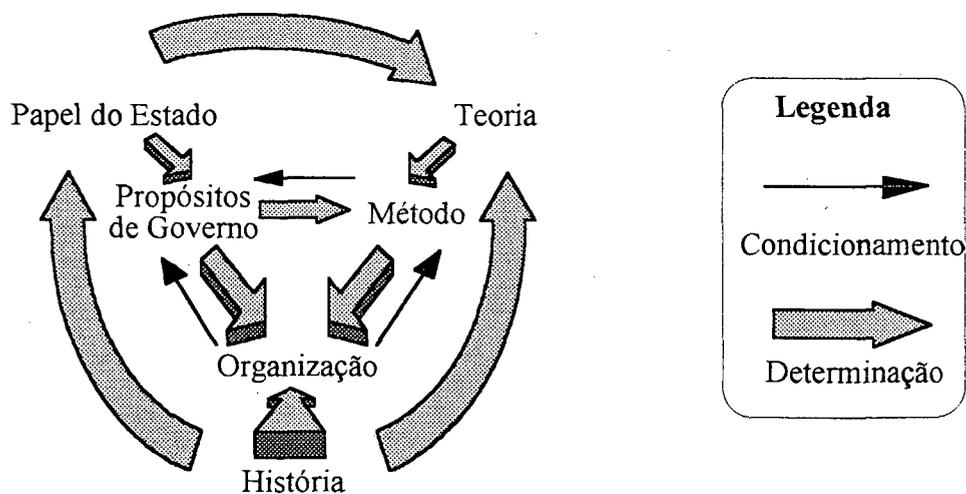
tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida"²⁶⁵.

A perseguição desta saúde historicizada, e portanto social, certamente exige outro ferramental, ou outro método, bastante diverso daquele utilizado para a viabilização das práticas vinculadas ao entendimento biológico, naturalizado e descontextualizado que caracteriza a forma tradicional e dominante de compreender o fenômeno da saúde e da doença na nossa sociedade.

Finalmente, em relação à *organização*, ou à *estrutura*, Testa salienta a relação de determinação que a história tem com esta, podendo ser a primeira entendida como uma cristalização histórica que incorpora um grande número de determinações sociais, culturais, políticas e econômicas que produzem uma dialética permanente entre passado e presente, estabilidade e variabilidade, rigidez e adaptabilidade.

Mário Testa desenvolve a hipótese de que diferentes modos de relação podem se dar entre os três elementos do postulado de coerência recém apresentado em cada formação social, sugerindo haver, nos países latino americanos, uma relação de condicionamento da estrutura em relação aos propósitos e aos métodos de governo, sendo de condicionamento igualmente a relação entre métodos e propósitos. Já os propósitos de governo determinariam a organização e o método, sendo que a organização determinaria o método. Visualmente, a proposta do autor seria a que se apresenta na Figura 4:

Gráfico 4. O Postulado de coerência de Mario Testa.



Fonte: TESTA, Mario. Tendencias in planificación. in *Pensar en salud*. CESS/AMR, Caracas/ Buenos Aires/ Rio de Janeiro, 1986 (mimeo). p. 87.

²⁶⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, 1986. pp. 381-389.

Podemos ver que a situação proposta por Mario Testa coloca claramente a estrutura organizacional como o mais determinado dos elementos do postulado, seguida pelo método. Assim, iniciando a discussão do processo da reforma administrativa assumido como estratégia do governo do PMDB, e sustentado na contribuição de Testa, é importante frizar que tanto a POI quanto a adequação da estrutura administrativa estavam sujeitas ao mesmo tipo de determinações e condicionamentos. O descompromisso com o método e com a estrutura impõe ao investigador a hipótese de que os propósitos de governo é que não estavam completamente explicitados no início do governo Pedro Ivo. Caso a pauta de propostas apresentada na campanha eleitoral e nos discursos de posse fosse de fato o eixo de encaminhamento privilegiado pelo núcleo de poder estadual para as ações de governo, a proposta de uma reforma administrativa no início do governo fazia todo o sentido tendo em vista o fato de que, se havia uma nova proposta de governo e vontade política para a sua implementação, a esta deveria corresponder necessariamente uma nova estrutura organizacional, seguida igualmente pela escolha de um método a ambas coerente para garantir-se eficácia à ação governamental. O fracasso do encaminhamento da reforma administrativa permite destacar vários elementos de interesse para a análise. Entretanto quatro deles serão enfatizados especialmente:

1. o governo do PMDB, melhor identificado como uma "frente política" do que como um partido político, não tinha um único propósito de governo, e isso se transferia igualmente para os dirigentes que ocuparam o setor saúde. Conseqüentemente, não poderia haver uniformidade na definição do método ou da estrutura coerente com o mesmo. Na verdade concorriam vários projetos no espaço político em luta pela acumulação do poder possível e necessário para a sua viabilização. Neste sentido, predominaram os interesses conservadores da coalizão no poder, interesses que garantiram a manutenção do modelo existente e que apenas parecia ser questionado por todos.

2. a estrutura administrativa do estado, condicionando o próprio horizonte de possibilidades de realização dos propósitos de governo dos novos ocupantes do poder estadual, parecem ter tido gradativamente a capacidade de enrijecer a possibilidade de implementação dos mesmos, modelando estes propósitos à sua imagem e semelhança. Esta imagem, produto de uma longa história de formação, incorporava desde as práticas patrimonialistas já descritas até o discurso liberal-conservador que sempre caracterizou a prática política catarinense, manteve as estruturas intactas bem como as práticas a elas relacionadas.

3. a defesa de interesses corporativos de categorias funcionais, departamentos, processos de trabalho, espaços administrativos e técnicos em todas as

instituições afetadas com a reforma administrativa tornou grupos potencialmente vinculados ou conformes com a proposta de mudança setorial em focos de resistência, que passaram a dificultar a superação dos obstáculos estruturais a que tinha se proposto o novo governo e aos quais a reforma administrativa tinha a pretensão de enfrentar.

4. como proposta submetida ao escrutínio da sociedade, o projeto pemedebista mostrou-se aceito majoritariamente no espaço social. Entretanto, no espaço político a correlação de forças era diferente, exemplificada pela minoria obtida pelo partido do governo na Assembléia Legislativa. Assim, os propósitos de mudança do governo, em conflito com os interesses contrários de forças político-partidárias de oposição ao governo eleito foram derrotadas no processo legislativo ao longo do período analisado, garantindo-se a permanência da estrutura setorial.

A impossibilidade de aprofundamento nesta questão específica do desenvolvimento da política de saúde em Santa Catarina impede o esclarecimento sobre que dinâmica prevaleceu em relação às demais, mas parece provável que a atuação associada de todos estes eixos explicativos possa ter construído o quadro mais próximo da realidade observada no período pesquisado.

De qualquer forma, o resultado político-institucional deste processo ficou plasmado na manutenção da estrutura setorial no período observado, limitando de forma dramática as expectativas de mudança.

8.5. Estrutura setorial, seletividade e propósitos de governo.

A discussão da reforma administrativa estadual pode ser ampliada se incorporarmos o referencial teórico proposto por Offe²⁶⁶, que indica a existência de quatro "filtros" seletivos que atuam de forma articulada "operacionalizando" a identidade de classe associada à ação do Estado. Privilegiando neste momento a análise do filtro **estrutural**, o autor sustenta a sua existência e funcionamento a partir da delimitação dos espaços pertinentes para a atuação institucional, limites estes postos pelo mandato das organizações e pelas definições jurídicas em geral. A garantia da propriedade privada, por exemplo, inalcançável pela atuação normal do Estado, seria a forma mais visível e simples de seletividade. O autor aponta igualmente as estruturas dos sistemas político-institucionais, na forma e nas atribuições, como consolidações institucionalizadas que determinariam o elenco possível de intervenções políticas. É interessante salientar a percepção de Offe de que os direitos fundamentais incluídos nas Constituições constituiriam um programa

²⁶⁶ Para maior aprofundamento em relação à proposta do autor citado, a metodologia proposta pelo mesmo está melhor desenvolvida no referencial teórico deste trabalho.

negativo, tratando dos temas com os quais o sistema político normalmente não se ocupa.

Neste sentido, a diversidade de questões relacionadas à temática da saúde, entendida aqui a partir do conceito ampliado de saúde²⁶⁷, que foram sistematicamente tratadas de forma deslocada pela imprensa, desconhecendo simplesmente a articulação daquelas problemáticas com instituições setoriais pode ser considerada expressiva. A lista de situações colocada abaixo, selecionadas apenas a partir de notícias recolhidas de meios de comunicação social dá uma idéia dessa grandeza, contribuindo para esclarecer alguns dos mecanismos de seleção apontados por Offe.

1. a problemática da droga e dos viciados foi colocada sistematicamente como problema de polícia²⁶⁸.

2. o problema do destino do lixo em Florianópolis foi tratado pela Secretaria de Urbanismo e Serviços Públicos - SUSP do município.

3. o problema do esgoto constituiu-se em questão no qual os interlocutores da sociedade com relação ao mesmo foram novamente a SUSP e a Companhia Catarinense de Águas e Saneamento - CASAN²⁶⁹.

4. A questão dos acidentes do trabalho foi tratada como estatística fria e vinculada à problemas de fiscalização a cargo do Ministério do Trabalho.²⁷⁰

5. o Programa de Saúde Escolar foi gerenciado isoladamente pela Fundação de Assistência ao Estudante - FAE, vinculada ao Ministério da Educação e Cultura, sem qualquer vínculo com uma política mais abrangente e articulada com o setor saúde.²⁷¹

Em todos estes casos, as instituições de saúde ligadas à questão foram concretamente omitidas ou omissas quanto ao tratamento de tais temas, o que deixa claro o papel e o espaço institucional esperado e construído historicamente para a atuação setorial: ocupar-se das consequências individuais dos agravos à saúde provocados pelas carências ambientais, de serviços básicos, do processo de exclusão social provocado pelo desemprego ou pelo bloqueio ao acesso à educação, habitação, lazer, negando o reconhecimento, nestes, a origem da sua produção. Os pacientes "produzidos" pela forma de organização e funcionamento do sistema social serão,

²⁶⁷ O conceito ampliado de saúde é a base conceitual da reforma sanitária e propõe ser a saúde a resultante das condições objetivas da existência das pessoas, grupos e sociedades, estando relacionada ao consumo de bens e serviços (habitação, educação, lazer, saneamento, alimentação, trabalho, acesso à posse da terra e também aos serviços de saúde) e em última instância, à inserção de classe de cada um nas relações de produção social. Para mais detalhes, ver o referencial teórico deste trabalho e, neste mesmo capítulo, o prólogo do Relatório Final da VIIIª Conferência Nacional de Saúde.

²⁶⁸ Diário Catarinense, 30/03/87, p. 38.

²⁶⁹ Diário Catarinense, 26/03/87, p. 6

²⁷⁰ Diário Catarinense, 05/04/87, p. 8-9.

²⁷¹ Diário Catarinense, 07/04/87, p. 17.

com estes limites, homogêneos nos serviços de saúde como uma massa de demandantes à procura de atendimento, já deslocados da origem mais profunda (e social) de seus problemas. Este *não-saber* em relação à origem causal ou da evidência de que a distribuição desigual de bens e serviços entre os grupos sociais tem a ver com a demanda que fazem ao serviço de saúde, e que portanto a luta pela sua equalização e/ou conquista seria uma ação mais conseqüente do que a busca sistemática de remédios simbólicos para os males de que sofrem é a base da alienação que impregna e informa a sociedade em relação às questões que transitam pelo setor saúde.

Desvinculadas as causas de suas conseqüências, profissionais e pacientes tornam-se desinteressados ou mesmo indiferentes à explicação das determinações do processo saúde-doença. O recorte restrito do espaço setorial torna-se, assim, também instrumento de produção de ideologia. Vislumbra-se mais um dos filtros de seletividade propostos por Offe: os filtros ideológicos, melhor discutidos no capítulo 12, e que produzem falsas explicações para a realidade social ou escondem as verdadeiras causas da mesma, contribuindo para a manutenção dos interesses atendidos por tal ordem. De fato, como coloca o autor, a instituição assim como está estruturada produz uma ideologia no sentido de transferir para a sociedade uma percepção pautada pela articulação seletiva de problemas e conflitos sociais.

Não é por outro caminho que devemos buscar a explicação para o relativo fracasso da reforma sanitária com relação à incorporação social dos conceitos mais amplos que a mesma propugnava para o entendimento da questão saúde. Na verdade, este horizonte social para a explicação do processo saúde-doença é uma questão que coloca permanentemente em cheque a própria estrutura setorial historicamente construída e os próprios valores que dão sentido às práticas ali exercidas, constituindo-se mesmo em seus fundamentos. A exclusão da possibilidade de pensar a saúde e agir institucionalmente na área da saúde de nenhuma outra forma que não aquela que está dada pela estruturação histórica das instituições que tratam da questão é o que Offe sugere ser, em um determinado momento, a forma de funcionamento do processo de seletividade estrutural incorporado à atuação do Estado.

O postulado de coerência de Mario Testa, ao indicar a determinação histórica das instituições, aborda igualmente a questão da cristalização histórica representada por estas estruturas, que seriam produzidas ao longo do tempo por um amplo conjunto de influências culturais, políticas e econômicas projetadas desde o passado. Entretanto, no tempo presente estas estruturas se colocariam como determinantes dos propósitos e métodos de governo, ao mesmo tempo em que seriam condicionadas por eles, em uma relação dialética que colocaria as estruturas organizacionais em permanente processo de adaptação e transformação.

Neste sentido, é importante salientar a estreita afinidade e coerência da estrutura administrativa setorial catarinense em funcionamento em 1987 aos princípios da proposta racionalizante que produziu em 1975 o Sistema Nacional de Saúde com a Lei 6229²⁷². Neste arranjo institucional, a Secretaria Estadual da Saúde coordenava, com uma estrutura enxuta duas outras estruturas absolutamente independentes entre si - a Fundação Hospitalar de Santa Catarina - FHSC com responsabilidade sobre as ações médicas individuais, curativas e hospitalares, e o Departamento Autônomo de Saúde Pública - DSP, que concentrava a seu encargo as ações sanitárias e epidemiológicas de caráter preventivo, coletivo e ambulatorial.

Assim, se entende a nítida vinculação dos espaços de atuação institucionais juridicamente estabelecidos como coerentes com os propósitos dos grupos societários dominantes e também os da instituição no passado. Da mesma forma, é razoável imaginar que se a direção destas instituições fosse assumida por grupos com outros propósitos, ao longo do tempo as mesmas se adaptariam a estes novos propósitos através das medidas jurídico-administrativas pertinentes para a obtenção da estrutura mais adequada para a realização daqueles propósitos.

Por conta disto, um grupo social que apresentou um programa de campanha e uma proposta de ação de governo (setorial) absolutamente conforme com os princípios da reforma sanitária, se obrigaria a defender uma proposta que superasse a compartimentalização observada institucionalmente (a unificação DSP-FHSC), incorporando ao mesmo tempo um mínimo de articulação com outros setores com responsabilidade sobre as determinações do processo saúde-doença - água, saneamento, meio ambiente, transporte, trabalho, cultura, lazer, etc. Entretanto esta aproximação nunca foi efetivada e a reforma administrativa ficou como mais uma proposta que não se concretizou na realidade, tornando o arcabouço organizacional setorial obsoleto para as novas funções que cedo ou tarde teriam que ser assumidas pelo estado em virtude das definições legais a que estava obrigado a respeitar mas que os grupos dominantes do setor saúde em Santa Catarina não tinham interesse em concretizar.

8.6. Seletividade e restrição do recorte setorial: o caso do Projeto KFW - Saneamento.

O tratamento da questão específica do saneamento básico, exemplificado pelo relato a seguir, mostra entretanto que a questão da articulação intersetorial não só foi ignorada em vários aspectos, como foi excluída como perspectiva possível no

²⁷² Para maiores esclarecimentos a respeito do Sistema Nacional de Saúde e seus objetivos, ver o capítulo dos antecedentes históricos da política de saúde no Brasil.

período analisado. Mesmo quando decisões e ações relacionadas com o concreto engajamento da estrutura de saúde na questão passaram pela deliberação do gestor setorial ou até já tinham sido tomadas no sentido de garantir o espaço e os meios materiais para o exercício efetivo daquela articulação, as decisões tomadas vieram reduzir o espaço setorial ao já definido historicamente para a ação tradicional da área da saúde.

Ainda no primeiro semestre de 1987 o Secretário da Saúde, Martinho Ghizzo, após viagem à Alemanha, informou a assinatura de contrato de crédito de 10 milhões de marcos alemães com o Kreditanstalt Für Wiederaufbau - KFW, o terceiro realizado entre o estado e o banco com a interveniência da Secretaria. O objeto do contrato, neste caso, era o financiamento de melhorias no saneamento básico em trinta municípios catarinenses, com prioridade para zonas rurais. O empréstimo, com juros baixos e carência de 5 anos, definiu a Secretaria Estadual de Saúde como coordenadora do projeto, o Departamento Autônomo de Saúde Pública como executor dos equipamentos de eliminação de dejetos, a CASAN como responsável pela instalação de sistemas de captação e distribuição de sistemas simplificados de água potável e a fiscalização sendo realizada por missão alemã. Este projeto foi de tal forma distorcido em seus objetivos durante o seu desenvolvimento a partir do julgamento da missão alemã que fiscalizava a aplicação do empréstimo, que a mesma o denunciou por práticas clientelistas e direcionamento de recursos alocados de forma não-técnica para determinados municípios. Os evidentes interesses imediatistas e eleitoreiros da gestão da Secretaria na época (1989) tornaram-se tão flagrantes, que chegaram ao ponto de suscitar a ameaça do seu rompimento pelo próprio agente financiador, sendo o contrato finalmente transferido para a coordenação da CASAN, com participação apenas marginal da Secretaria Estadual da Saúde (educação em saúde), sendo mesmo esta definida segundo critério da nova coordenação.

Os limites bem definidos para a ação setorial (seletividade estrutural) parecem ter se cruzado com o entendimento dominante sobre que conceito de saúde é exatamente a responsabilidade setorial - seletividade ideológica - impedindo assim que atividades irremediavelmente ligadas à causação do processo saúde-doença como são as de saneamento e distribuição de água potável pudessem vir a ser tratadas diretamente pelo setor saúde, rompendo-se o limite historicamente colocado para o setor. Com isto, um instrumento que poderia dar pleno sentido ao entendimento mais amplo da saúde como qualidade de vida foi perdido, mantendo-se a instituição apta apenas para a execução de um outro propósito de governo, baseado no entendimento da saúde enquanto situação restrita ao campo biológico.

A reforma proposta para a estrutura administrativa da Secretaria Estadual da Saúde, no mesmo sentido, dava conta assim da exigência de adequação dessa

estrutura, que incorporava histórica (e coerentemente) as dicotomias preventivo-curativo, cuidados individuais-cuidados coletivos, assistência ambulatorial-assistência hospitalar e epidemiologia-clínica, porque produto de um outro entendimento do processo saúde-doença. A nova estrutura teria que dar sentido e ser em tudo coerente com essa nova forma integral e articulada de pensar e entender as ações de saúde colocada pela reforma sanitária e incorporada *in totum* ao compromisso de governo do candidato Pedro Ivo Campos.

No caso da Secretaria da Saúde, entretanto, isto nunca ocorreu, tendo havido um descompasso flagrante entre os propósitos de governo explicitados no discurso político até a chegada ao poder e as medidas concretas que supostamente poderiam adequar a máquina administrativa para a sua execução mas que nunca se efetivaram.

Por conta deste desenvolvimento, permanece pendente a possibilidade de que os propósitos explicitados pelo governo peemedebista não corresponderam aos reais propósitos que nortearam as ações de governo durante o período observado. A formulação de pelo menos uma explicação para o fato será melhor desenvolvida no capítulo das conclusões.

9. O FINANCIAMENTO: BASE MATERIAL DO SUS EM SANTA CATARINA

As questões relacionadas ao financiamento da política pública setorial no período de interesse deste trabalho tem sido colocadas como a principal explicação para o fracasso ou a justificativa para os desvios visualizados no encaminhamento do projeto da reforma sanitária brasileira. Apesar de não ser tema específico desta pesquisa, a recuperação de informações relacionadas com a participação do estado no financiamento setorial, especialmente à partir do momento em que o mesmo começou a se beneficiar de transferências federais vinculadas à assinatura do convênio das Ações Integradas de Saúde - AIS e, posteriormente, com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, pode comprovar concretamente situações que apenas hipoteticamente tem sido levantadas.

A recuperação de situações concretas relacionadas à área do financiamento, a seguir colocadas, deixaram claro, no período observado, a dependência cada vez mais evidente do estado em relação aos recursos federais, que associados à comprovação irrefutável da retração deliberada do estado enquanto co-responsável pelo financiamento setorial, deram conta de clarificar um importante fundamento para o melhor entendimento da implementação do SUS ao nível da alocação e gasto de recursos públicos na área da saúde em Santa Catarina.

De qualquer forma, o eixo de desenvolvimento desta pesquisa exige que se coloque o financiamento setorial na sua adequada dimensão: como instrumento de viabilização de políticas. Neste sentido, as evidências de que houve retração dos recursos próprios do estado no financiamento setorial apresentadas a seguir devem ser entendidas como consequência de uma priorização permanentemente contingenciada pelo jogo de forças em tensão permanente no interior da administração estadual. Este quadro tem neste âmbito mais uma expressão dos propósitos efetivamente incorporados à ação de governo no decorrer do período estudado, resultando em uma fragilização da política setorial de transformação político-administrativa embutida no SUDS.

9.1. Recursos AIS: solução catarinense para o financiamento setorial.

A situação financeira por que passou o estado no primeiro ano do governo Pedro Ivo Campos, em 1987, tem na recuperação de fatos e decisões a seguir apresentados um bom padrão de avaliação de gravidade: o estado incorporou

deliberadamente neste período, mal assumido o poder, as práticas que denunciadas durante a campanha ao governo tinham sido importantes para a construção de uma imagem de probidade ao novo governo. Entretanto a situação crítica que justificou o uso de recursos AIS para o pagamento de funcionários conveniados e a cobertura de despesas normalmente assumidas pelo tesouro estadual nos primeiros meses foi levada às últimas conseqüências no final de 1987 e no primeiro semestre de 1988, quando rendimentos financeiros dos recursos federais transferidos ao estado por conta da execução do Convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS foram apropriados pela Secretaria da Fazenda sendo utilizados para fins estranhos ao setor saúde. A área social financiou, neste período, através do setor saúde, as atividades produtivas e outros compromissos do estado.

No dia 31 de março de 1987, o Secretário Martinho Ghizzo presidiu a primeira reunião da Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS após a posse do novo governo, tendo como único ponto relevante da pauta a autorização solicitada à Comissão para utilização de recursos das Ações Integradas de Saúde - AIS para o pagamento de funcionários conveniados. Este tipo de contrato, herança das administrações anteriores, era uma forma de burla às normas de seleção de funcionários públicos por concurso público, adequando-se de forma bastante favorável ao clientelismo e troca de favores. Para tal, a Secretaria da Saúde assumia o compromisso, através de convênio com instituições públicas e privadas diversas, de repassar os valores acordados para que as mesmas contratassem funcionários do interesse da Secretaria, que exerciam atividades nas próprias instituições conveniadas ou em próprios do serviço público. A triangulação eliminava o vínculo do estado com o funcionário, deixando-o porém sob o controle indireto da administração pública, dependente dos repasses do estado para as entidades que detinham tais convênios, normalmente atrasados em até três meses²⁷³.

O uso dos recursos AIS para pagar tais convênios indicava a situação crítica vivida pelo tesouro do estado, impossibilitado de arcar com os custos do pagamento da sua própria máquina administrativa. A situação foi reconhecida pelo próprio Governador, às voltas com o pagamento de salários reajustados mas não pagos pelo Governador Esperidião Amin antes da posse do novo governo. É importante salientar entretanto que os recursos AIS não tinham esta finalidade, e a autorização do seu uso com este fim representava de certa forma uma autorização para a retração do estado em relação ao uso de recursos próprios dirigidos ao financiamento do setor saúde, substituídos desta forma por transferências federais. Após a assinatura do Convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde -SUDS, esta prática iria se

²⁷³ Ata da Reunião da Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS, de 31/03/87.

consolidar, constituindo-se em um dos mais nítidos mecanismos assumidos pelo estado para encobrir a sua omissão no financiamento do setor.

Outras situações com negociações semelhantes, que acabaram sempre excluindo o estado da responsabilidade de financiar atividades já tradicionalmente incorporadas ao rol das suas obrigações produziram um modelo perverso de implementação do Sistema Único de Saúde no estado, caracterizado pela ausência das mínimas condições objetivas para o bom desenvolvimento de um projeto que tinha em seu bojo a expectativa da melhoria da qualidade da assistência e a inclusão de um expressivo contingente de marginalizados sociais no consumo dos bens e serviços desse sistema.

Dada a liberalidade com que se passou a dispor dos recursos AIS, os mesmos, sob controle da Secretaria, fizeram com que as reuniões da CIS se transformassem em permanente espaço de análise de projetos estaduais de expansão da rede, aquisição de equipamentos ou extensão da responsabilidade de custeio cada vez mais dependentes dos recursos federais. Na reunião do dia 21/04, por exemplo, as necessidades de custeio do Departamento Autônomo de Saúde Pública - DSP não cobertas com recursos próprios do estado determinaram como providência da CIS um levantamento das disponibilidades de recursos AIS da Secretaria na tentativa de atender ao pleito daquela entidade. A Universidade Federal de Santa Catarina através de seu Hospital Universitário, já contemplado com duplo financiamento, um a cargo do Ministério da Educação e outro patrocinado pela Previdência Social através de convênio especial de prestação de serviços, membro da CIS e à vista das solicitações diversas que se utilizavam destes recursos, acabou solicitando também ele recursos AIS (em última instância produzidos pela rede ambulatorial estadual), para ativação de uma enfermaria. Pela proposta, a SES cobriria a contratação de oitenta funcionários necessários para a abertura da mesma²⁷⁴, onerando-se de forma permanente com o custeio deste quadro funcional a serviço daquela instituição. Esta última proposta, além de não fazer sentido em um horizonte de carências diretamente administradas pelo estado e pela Secretaria, explicitava ainda um mecanismo de transferência, no interior do próprio serviço público, de recursos inequivocamente gerados em nível ambulatorial²⁷⁵, para o atendimento de necessidades hospitalares especializadas. Em outras oportunidades este tipo de transferência se daria da mesma forma, favorecendo entretanto a Fundação Hospitalar de Santa Catarina.

Mesmo assim, por iniciativa da Superintendência Regional do INAMPS em Santa Catarina, propostas de solução para a grave crise de financiamento se

²⁷⁴ Atas de Reuniões da CIS de 07/04/87, 15/04/87 e 21/04/87.

²⁷⁵ Os recursos AIS eram definidos a partir da produção efetiva ou potencial de serviços das unidades públicas ambulatoriais conveniadas, constituindo-se na verdade em um ressarcimento por serviços já prestados.

colocaram no início do governo para deliberação da CIS. As reuniões da Comissão no mês de abril, por exemplo, tiveram como eixo comum a tentativa de solução dos problemas de caixa da SES por um lado, e a discussão de uma forma alternativa de financiamento setorial por outro, esta última centrada nas propostas de co-gestão da rede pública hospitalar que se daria com a parceria do governo federal e estadual (o que de certa forma já se dava com as AIS na área ambulatorial). O temor da desprivatização da Fundação Hospitalar, entretanto, administrada para benefício de alguns grupos médicos, provocou uma reação monoliticamente desfavorável ao projeto a partir da posição assumida pelas lideranças médicas da FHSC, muitas delas privilegiadas diretamente pela administração descompromissada com o interesse público ali instalada. As propostas em discussão, que abreviariam em alguns meses o processo de integração do estado ao espírito da nova relação proposta pela previdência social para o setor público, injetando ainda significativo aporte de recursos adicionais no estado ficaram no entanto bloqueadas até a assinatura do convênio SUDS.

A perda das oportunidades de superação dos problemas de financiamento vividos pela Secretaria por resistências internas vinculadas com a possibilidade de rearranjos indesejáveis na estrutura de poder da FHSC exigiram da CIS uma outra estratégia, desta vez dirigida a sensibilizar a Secretaria de Estado da Fazenda com relação ao caso da saúde. O Tesouro do estado, na época, estava absolutamente comprometido com problemas financeiros de toda a ordem, assumindo a política de repassar nada além da folha salarial à SES e entidades a ela vinculadas. A reunião da CIS de 05/05/87, neste sentido, foi exemplar como amostra da relação que se forjou neste período entre o estado e o setor saúde. Tendo como pauta específica a discussão dos seus integrantes com o Secretário Estadual da Fazenda, a CIS se articulou apostando na possibilidade de comprometer o estado no financiamento do setor com o argumento de que o INAMPS já estava contribuindo com o teto das AIS, sendo importante a contrapartida do estado para a garantia das ações programadas. A resposta do Secretário Adjunto da Fazenda presente à reunião, Dr. Salm, foi de que a escassez de recursos era um problema conjuntural nacional, e as prioridades de investimento do estado já tinham sido definidas: a geração de infra-estrutura e a política de pessoal. O representante da Fazenda aproveitou a ocasião para solicitar a agilização de corte de 30% no orçamento da Secretaria da Saúde em 1987, em virtude dos argumentos já apresentados na reunião. A reunião foi encerrada com a aprovação de nova solicitação do Governador, transmitida pelo Secretário Martinho Ghizzo, para que a Campanha Anti-pólio fosse financiada com recursos AIS.²⁷⁶

²⁷⁶ Ata da Reunião da CIS de 05/05/87.

Pelo que colocou posteriormente o Secretário Martinho Ghizzo, o estado não só excluiu a saúde do recebimento das suas fontes próprias de financiamento, como ainda utilizou recursos federais transferidos ao setor para outros fins que não os do convênio:

"os recursos eram administrados de uma maneira tal ²⁷⁷ que eles serviam para cobrir outros interesses que não os da saúde, outras dificuldades, pagamento de funcionários. À época a aplicação dos recursos no banco gerava recursos imensos que facilitavam a cobertura de outros compromissos. Foi aí que eu comecei a me bater pelo Fundo Estadual de Saúde. Foi um meio de fazer com que o dinheiro fosse repassado diretamente do governo federal para o SUS, e isso eu consegui depois de muita audiência e espera. Eles (*a Secretaria da Fazenda*) retardavam porque quanto mais isto demorasse, mais tempo o dinheiro ficava com a Fazenda e mais eles poderiam usá-lo. Na verdade, cada mês que passava, naquela época, com uma inflação que chegava a 50-60%, o dinheiro chegava para nós com uma defasagem muito grande. Então estas aí foram as dificuldades. Na verdade o objetivo do SUDS traduzido dentro do próprio convênio obrigava a co-participação estadual e municipal em termos de recursos. E na minha experiência, não ouve a participação do estado... mas houve mais do que isso: o dinheiro do SUDS, ou boa parte dele, foi desviada de suas finalidades para outras prioridades"²⁷⁸.

9.2. Uma visão geral da área da saúde a partir do financiamento setorial no Brasil.

Inicialmente, a título de cenário, é importante colocar que o Brasil consumiu em 1988 em torno de 4% do seu Produto Interno Bruto - PIB com a saúde, sendo que 55% deste total foram recursos do orçamento federal, 12% dos orçamentos estaduais e municipais e 33% foram gastos privados (18% através de empresas de medicina supletiva e 15% por pessoas físicas)²⁷⁹.

Apesar da retração federal observada nas transferências especificamente vinculadas ao atendimento dos compromissos do convênio SUDS com o estado, de forma geral os dados disponíveis dão conta de crescimento do volume total destinado ao setor saúde, como se pode observar na tabela 5.

É importante salientar, entretanto, que a expressiva maioria dos recursos transferidos aos estados tinha destino já definido na origem: a cobertura dos contratos

²⁷⁷ Inicialmente os recursos do convênio SUDS foram geridos pela Secretaria da Fazenda, sendo as aplicações financeiras dos mesmos utilizadas em outras áreas que não as da saúde. Somente com a atualização da legislação que regulamentava o Fundo Estadual de Saúde as transferências federais foram colocadas sob a gestão direta da Secretaria da Saúde. Do período anterior resultou um saldo credor favorável à SES que nunca foi transferido para o setor saúde.

²⁷⁸ GHIZZO, Martinho Herculano. *Entrevista ao autor*. 1992.

²⁷⁹ MÊDICI, André. *A saúde nos anos noventa: os recursos federais e a descentralização in Cadernos da Nona*. 1991.

de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares da previdência social. Em 1991, por exemplo, em torno de 50% dos recursos federais (US\$ 3.500.000.000) foram consumidos somente com internações hospitalares, que tiveram seu custo médio catapultado entre 1985 e 1990 de US\$ 87,37 para US\$ 231,29 (!)²⁸⁰. Somente por este fenômeno mundialmente já identificado de crescimento do custo unitário da atenção médica vinculado com (a) a incorporação tecnológica, (b) alteração do perfil demográfico-epidemiológico e (c) ampliação das fronteiras da medicalização socialmente permitidas, pode-se presumir que o pequeno ganho na área de financiamento representou na verdade uma sensível retração na perspectiva de cobertura de outras demandas setoriais, especialmente as dirigidas para a reorientação do modelo assistencial.

Tabela 5. Gasto Federal total com Atenção à Saúde. Brasil.
1980 - 1989

(Em US\$ milhões de 1987)

ANO	GASTO PÚBLICO FEDERAL TOTAL			GASTO FEDERAL PER-CAPITA	
	US\$ ABSOL	ÍNDICE 1980=100	TAXA CRESC ANUAL	US\$ ABSOL	ÍNDICE 1980=100
1980	4.823,6	100,0	-	39,79	100,0
1981	4.490,7	93,1	- 6,9%	36,20	91,0
1982	4.687,6	97,1	4,4%	36,95	92,8
1983	3.747,6	77,7	-20,1%	28,88	72,6
1984	3.907,7	81,0	4,3%	29,46	74,0
1985	4.497,0	93,2	15,1%	33,17	83,4
1986	4.814,2	99,8	7,1%	34,76	87,4
1987	6.966,2	144,3	44,7%	49,25	123,8
1988	6.574,0	136,2	-5,6%	45,51	114,4
1989	7.404,8	133,1	-2,3%	50,25	126,3

Fonte: CSP IPLAN/IPEA

Focalizando apenas os recursos destinados ao processo de descentralização executado pela União a partir da assinatura do Convênio SUDS, a análise da evolução das transferências federais para estados e municípios destinados ao custeio e investimento na área ambulatorial mostraram igualmente pequeno incremento, como pode ser notado pelos dados da tabela 6:

²⁸⁰ DATAPREV. Sistema Síntese.

Tabela 6. Transferências Federais a Estados e Municípios para custeio e investimento da Rede Ambulatorial. Brasil. 1987 - 1991

VALOR TRANSFERIDO (Empenhos, em US\$ mil)				
<i>ANO</i>	<i>CUSTEIO</i>	<i>CAPITAL</i>	<i>TOTAL</i>	<i>ÍNDICE</i>
1987	2.039.818	41.565	2.081.383	100,0
1988	2.775.928	254.040	3.029.968	145,5
1989	2.934.254	687.952	3.622.206	174,0
1990	2.520.142	298.640	2.818.782	135,4
1991	1.844.234	316.720	2.160.954	103,8

Fonte: Ministério da Saúde, apud OLIVEIRA Jr., Mozart. Problemas atuais e propostas para revisão da política de financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil in *Saúde em Debate* nº 38, março 1993. p.62.

Diante dos dados apresentados, que deixam claro a inexistência de uma retração absoluta das transferências federais no período considerado, cabe analisar a situação particular do estado de Santa Catarina, uma vez que o direcionamento dos recursos federais pode eventualmente não ter contemplado homoganeamente todos os estados da federação. Da mesma forma, o comportamento das alocações próprias do estado pode ter tido variações significativas, e para menor, como sugerem variadas fontes já apresentadas no decorrer desta pesquisa, conformando uma base concreta para o entendimento da dinâmica setorial em Santa Catarina no período estudado.

9.3. Perfil do financiamento do setor saúde assumido pelo estado de Santa Catarina.

Neste sentido, a análise da participação percentual da saúde no Orçamento Geral do Estado (Tabela 7) indica claramente que a partir de 1987, com as transferências federais para a gestão direta do estado aumentou significativamente a "fatia" orçamentária do setor saúde estadual, sendo que em 1988 a saúde alcançou a participação recorde de 18,34% do orçamento do estado (a média do setor entre 83-86 tinha sido de 4,95% !). Entretanto, a comparação da intenção ou previsão de alocação, expressa pelo orçamento, não se confirma quando comparada com as despesas efetivamente realizadas. Neste caso, exceto em 1988, quando a Secretaria da Saúde participou com 9,41% das despesas do estado, nos demais anos esta participação ficou estável, em torno dos 4,5% e o que é mais grave, significativamente menor do que o proposto pela lei orçamentária. (Ver Tabela 7). Somente este fato é um forte indício de que o estado retraiu substancialmente a sua participação no financiamento

do setor, já que as expressivas somas transferidas pela União somadas aos valores normalmente alocados pelo estado obrigatoriamente teriam que se refletir em expressivo crescimento da participação da saúde no perfil do gasto público estadual.

A análise da participação das fontes de financiamento no orçamento do setor deixam à vista o impacto das transferências federais no perfil de financiamento. Em 1987, antes do convênio SUDS, a previsão de participação das transferências no financiamento setorial era de apenas 7%. Em 1988 esta participação passou a ser estimada em 60,29%, alcançando a impressionante cifra de 78,99% em 1989. Ao mesmo tempo, os recursos do tesouro estadual que cobriam 49,47% das despesas da área da saúde em 1987 diminuíram para 25,23% em 1988 despencando para apenas 8,64% em 1989 (!). Somente em 1990 começou a haver pálida recuperação da participação do estado no financiamento setorial, não casualmente associada a uma retração relativa dos repasses federais (Ver Tabela 9 em anexo).

Entre os mecanismos utilizados para efetivar a retração estadual com relação ao financiamento do setor saúde, parece particularmente importante a identificação de um artifício que resultou em significativa defasagem entre os créditos autorizados para o setor (lei orçamentária) e os valores realmente gastos pelo mesmo durante a execução dos orçamentos analisados. Neste sentido, parece ter havido, por parte da Secretaria da Fazenda, a aplicação de um mecanismo seletivo com o qual a mesma privilegiou, ao arripio da lei orçamentária, determinados setores que foram agraciados com maior volume de empenhos, tornando disponíveis aos mesmos o teto dos valores orçamentários para a efetivação de suas despesas. No caso da saúde, entretanto, ocorreu o contrário, produzindo-se um descompasso criminoso entre os créditos autorizados pelo orçamento e a despesa efetiva do setor. Merece ser ressaltado novamente que a lei orçamentária, no caso da área da saúde, foi cumprida apenas em 40,09% em 1987, 70,36% em 1988, 15,56% em 1989 e em 28,21% em 1990 (!), enquanto a média de cumprimento do orçamento no mesmo período foi de 75%. (Ver Tabela 8 em anexo). A análise da evolução dos valores efetivamente utilizados do orçamento setorial em relação aos autorizados em uma série histórica mais longa mostrou inequivocamente que este artifício de execução orçamentária tornou-se mais evidente exatamente no período correspondente ao início dos repasses federais vinculados ao cumprimento do convênio SUDS. Neste sentido, empenhos que correspondiam em geral a mais de 80% dos recursos autorizados no orçamento entre 1983 e 1986 tiveram a dramática retração já colocada acima, com média abaixo dos 40% de utilização entre 1987 e 1990, sonogando ao setor de **mais da metade** do orçamento aprovado pela Assembléia Legislativa.

A verificação do detalhamento das despesas realizadas pela Secretaria Estadual da Saúde ao longo do período analisado também indicou que entre os muitos

projeto-atividades tradicionalmente desenvolvidos, gradativamente os mesmos foram tendo menor importância na definição das despesas da SES, assumindo algumas poucas rubricas, a partir de 1988 a quase totalidade dos gastos da Secretaria. Além dos gastos realizados pelo DSP e pela FHSC, cresceram em importância as rubricas "Descentralização de Serviços de Saúde" e "Fundo Estadual de Saúde", ambas totalmente dependentes dos recursos transferidos pela União. Estas rubricas, que consumiam menos de 10% do orçamento em 87, passaram a movimentar 40% em 1989 e 75% em 1990 (Ver Tabela 10 em anexo). Além de mais este forte indício de dependência dos recursos federais, é importante salientar que a evolução do quadro de detalhamento das despesas para apenas duas rubricas indicou também significativo incremento da opacidade orçamentária, sendo totalmente incompatível com o espírito da administração pública em regimes democráticos, chocando-se mesmo com os próprios princípios do Sistema Único de Saúde, que tinha vários mecanismos de publicização e de participação da sociedade na fiscalização setorial já institucionalizados no período. Neste sentido, o Fundo Estadual de Saúde, que movimentou três quartos dos recursos setoriais em 1990, parece ter se tornado instrumento de manipulação político-administrativa à margem do controle social, já que legalmente o mesmo deveria se submeter à fiscalização do Conselho Estadual de Saúde, instância de participação da sociedade no Sistema Único de Saúde que não seria criada pelo desejo dos governantes, mas pela pressão da sociedade civil organizada e somente no segundo semestre de 1993.

Entretanto, a confirmação direta ou indireta da retração do estado no financiamento setorial, sentimento já reafirmado por muitos dos protagonistas da história aqui relatada, fica mais clara com a análise da evolução das despesas reais da Secretaria da Saúde e de suas entidades e órgãos vinculados ao longo de uma série histórica mais ampla do que a do período de estudo.

Neste caso, é necessário salientar que os procedimentos contábeis em relação às transferências federais foram modificados ao longo deste período, tornando bastante complicada a homogeneização das informações de forma a permitir a sua comparação em diferentes exercícios. Soma-se a esta dificuldade a inexistência, entre os documentos contábeis exigidos pelo Tribunal de Contas do Estado, de qualquer consolidação das despesas por fonte de recursos, exigindo-se o destaque manual, do conjunto dos lançamentos do balancete da Secretaria da Saúde do mês de dezembro de cada exercício, dos empenhos relativos à fonte correspondente às transferências federais de cada item acompanhado pelo sistema de execução orçamentário da Secretaria da Fazenda. O resultado deste trabalho, produto ainda de uma verdadeira operação de busca e salvamento de documentos já em estado de deterioração em depósitos e arquivos-mortos em absoluta desordem na periferia da capital, contribuiu

definitivamente para a formação de juízo em relação à responsabilidade efetivamente assumida pelo estado em relação à construção do Sistema Único de Saúde neste período.

A Tabela 11 (em anexo) comparando os gastos reais da Secretaria Estadual da Saúde corrigidos monetariamente *por fonte de financiamento* mostra de maneira inequívoca a retração das fontes próprias do estado na participação dos recursos utilizados pelo setor saúde no período considerado, ao mesmo tempo em que os recursos federais cresceram sistematicamente em valores reais até 1988, ano em que chegaram a ser quase quatro vezes mais significativos quando comparados a 1983. É importante lembrar que 1983 foi um ano no qual o estado já estava se beneficiando de recursos federais transferidos por conta do Programa de Ações Integradas de Saúde - PAIS, o que confirma ainda mais o significativo incremento dos repasses federais vinculados à implementação da política de descentralização desencadeada pelo INAMPS a partir de 1986 com as AIS. Por seu lado, exceto em 1986, quando o estado participou com valores maiores do que em 1983, provavelmente favorecido pela explosiva bolha de crescimento econômico produzida pelo Plano Cruzado, em **todos os demais exercícios** os recursos estaduais ou estiveram no mesmo nível daquele ano de referência ou ficaram abaixo dele. Isto levou os recursos efetivamente disponíveis para as ações do setor, apesar dos significativos aportes federais, a se situar em patamares bem mais modestos do que os que poderiam ter sido atingidos caso não tivesse havido a retração do estado em relação à sua participação histórica no financiamento setorial.

Confirmando o achado deste trabalho, Porto e Ugá²⁸¹ assim se colocaram com relação ao problema:

"São inquestionáveis os aspectos importantes e significativamente positivos que apresentaram as AIS e o SUDS, tanto no que se refere ao fortalecimento dos Sistemas Locais, através do deslocamento, ainda que parcial, dos centros decisórias, como no relativo à integração das instituições e dos serviços de saúde. Também é de sublinhar que as experiências acumuladas nestes processos representaram uma contribuição inestimável para a organização do sistema Único de Saúde (SUS) consagrado no Texto Constitucional e regulamentado na correspondente lei orgânica."

"Existem porém aspectos administrativos e alguns resultados financeiros que merecem ser lembrados. Em primeiro lugar, destacamos a implementação da descentralização através da formalização convenial, a existência de limitações em relação à alocação dos recursos repassados e a falta de critérios claros e transparentes para a distribuição entre estados e municípios."

²⁸¹ PORTO, Sílvia Marta e UGÁ, Maria Alicia D. Avanços e Percalços do Financiamento do Setor Saúde no Brasil. in: GALLO, E. *et al.* **Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p. 184.

"Assim, entendemos que a implementação não alcançou o grau de autonomia necessário para uma completa descentralização, não favoreceu a participação popular e favoreceu a barganha política como forma de definição dos montantes transferidos em detrimento de critérios orientados à diminuição das diferenças regionais e dos graus de iniquidade entre os distintos grupos sociais".

"Em relação aos resultados financeiros, assinalamos a por demais conhecida 'substituição de fontes'. Em outras palavras, existiu uma retração dos recursos destinados à função saúde pelos governos estaduais e municipais, em função do aumento dos recursos transferidos pelo INAMPS"(grifo nosso).

No Rio de Janeiro, as mesmas autoras flagraram o efeito desta retração em relação à utilização dos recursos próprios do estado para o pagamento da folha salarial setorial. Em 1984 a folha utilizava 65,5% destes recursos; em 1985, 1986 e 1987, esta participação passaria respectivamente para 71,3%, 84,1% e 95,3%. Este comportamento dos estados foi ainda mais reforçado pela vinculação dos recursos do INAMPS exclusivamente a despesas de custeio (excluído pessoal) e de capital por força de clausula convenial.²⁸²

A conclusão inequívoca da leitura das informações submetidas a estudo durante a elaboração deste trabalho dão conta da significativa retração do Estado de Santa Catarina no financiamento das ações de saúde sobre as quais o mesmo tinha responsabilidade, retração esta decorrente ao mesmo tempo escamoteada igualmente pelo incremento das transferências federais ao estado relacionadas com a política de descentralização setorial implementada especialmente a partir de 1987. Esta confirmação, aliada à tática de transferência da rede de unidades básicas de saúde até então custeada com recursos do estado para a gerência (e custeio) dos municípios ocorrida dentro do processo de municipalização incorporado ao cumprimento do convênio SUDS, explicitou não apenas uma incapacidade gerencial decorrente das circunstâncias já apontadas pelo estado neste período, mas uma verdadeira política de enxugamento do tamanho do Estado, em tudo conforme com o ideário neoliberal, com nítido benefício secundário para o âmbito administrativo estadual.

A proposta contra-hegemônica da Reforma Sanitária, que colocava como dever do Estado o provimento de condições de vida digna e saudável para a toda a cidadania, institucionalizada de forma parcial e reduzida a uma reforma burocrático-administrativa pelo governo federal, reinterpretada em nível de governo estadual acabou sendo assumida como o seu justo contrário: serviu aos interesses dominantes que, sonhando recursos públicos para a execução de ações assistenciais e preventivas, de fato ampliaram os espaços possíveis de acumulação privada dentro do setor, excluindo parte da sociedade do acesso aos serviços de saúde.

²⁸² PORTO, S. Financiamento dos sistemas locais de saúde. in: **Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana**, vol. 109, nº 5 e 6, 1990.

10. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PATRIMONIALISMO

A observação da dinâmica setorial no período estudado mostrou, à luz do referencial teórico privilegiado na elaboração do projeto de pesquisa, um viés inesperado que emergiu do conflito público-privado identificado nas relações setoriais. A par dos interesses particulares que transitaram no interior das instituições pressionando por satisfação, ficou claro também um segundo elemento incorporado ao próprio "*modus operandi*" da máquina pública e que foi identificado, à falta de outra hipótese mais sólida, a um padrão de relação do Estado com a sociedade particular à formação do Estado brasileiro, e cujas origens remontam ainda ao tempo da colonização portuguesa e às suas estratégias de dominação no país.

O painel apresentado a seguir, assim, coloca à análise do leitor a perspectiva de que o Estado brasileiro está submetido a uma associação perversa na qual os valores do modo de produção dominante, especialmente o utilitarismo, encontraram solo fértil em uma máquina de Estado que formata uma relação com a sociedade sem contornos nítidos com relação aos limites do espaço público, característica da administração patrimonialista. O resultado desse arranjo é uma relação de saque permanente entre Estado e sociedade, ao mesmo tempo ocorrendo a privatização do "*locus*" público e a ingerência do Estado na dinâmica privada, ambas situações impensáveis em sociedades modernas. É evidente que esta prática conflita com o Estado teorizado por Offe, com suas práticas seletivas dissimuladas e com o modelo racional-burocrático que hegemoniza as relações modernas entre Estado e sociedade. Entretanto, em se tratando de uma realidade particular, a hipótese aqui colocada é a de que um processo de acomodação²⁸³ permitiu a sobrevivência deste traço cultural com a evidente satisfação, mesmo que parcial, dos interesses dominantes e ditos "modernos" da sociedade. Mesmo sob o risco do exagero, a realidade apontada indica que o Brasil não assumiu homoganeamente padrões capitalistas, identificando-se ainda em alguns "*loci*" no interior do tecido social a permanência de relações sociais pré-modernas que contextualizam e dão um caráter inédito ao Estado e às suas práticas, cujas tensões e resultados mais visíveis serão melhor identificadas no decorrer deste capítulo.

²⁸³ A permanência dos traços patrimonialistas na vida político-institucional brasileira foram longamente dissecados por FAORO, Raymundo. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. Vol. I e II, Rio de Janeiro, Globo, 1989.

10.1. Administração pública de cunho familiar em Santa Catarina.

Esta forma especial com que se articularam em períodos precedentes e mantém-se articulados os interesses privados e o patrimônio público ficou evidente em vários episódios ocorridos no período observado.

O caso do Hospital Regional de Chapecó, entre outros casos igualmente gritantes, foi um retrato deste fenômeno de acomodação de interesses bastante visível flagrado na área da saúde, mas também ocorrido fora dela. Este hospital, planejado e construído com recursos públicos oriundos de financiamento externo assumido pelo governo estadual - o Projeto Alemão (KFW) - foi entregue, após totalmente equipado, à administração de entidade de caráter privado - a Sociedade Beneficente São Camilo, de São Paulo - sem qualquer processo licitatório, e a poucos dias da entrega do governo estadual em 1985. O contrato, além de ceder as instalações e os equipamentos públicos sem qualquer ônus para aquela entidade, assegurou ainda à mesma subsídios públicos por cinco anos. A administração deste e de outros bens públicos se fez, de forma geral, sob o princípio da privatização de resultados e a socialização dos seus custos, sem qualquer respeito à função social do equipamento público sob administração concedida.

As denúncias sistemáticas de práticas incompatíveis com a função social deste e de outros bens e serviços públicos acabaram levando o governo do estado, no final de 1990, a romper o contrato com a Sociedade Beneficente São Camilo, vinculada à ordem religiosa dos Camilianos, especializada na área da administração hospitalar. Contudo, se a lógica administrativa indicava finalmente uma ação política coerente com a retomada daquele patrimônio público para a administração direta do estado, o que se deu foi, ato contínuo à denúncia do contrato com a organização privada sob suspeita, a transferência imediata do hospital para outra instituição privada, desta vez vinculada à maçonaria (Sociedade Lar da Fraternidade) da qual participava como influente membro o Chefe da Casa Civil do Governo Casildo Maldaner.

A intervenção, por conta disto, foi marcada pela contradição, pois a recuperação do hospital ao controle da administração pública foi frustrada em seu seguimento, ficando este sem uma explicação mais consistente a não ser o apadrinhamento de uma instituição privada em detrimento de outra. Nestas circunstâncias, a ação administrativa do Estado teve ainda o agravante de comprometer o erário público, solidário com a nova administração, com ônus e gravames trabalhistas vultuosos decorrentes das rescisões e readmissões realizadas no processo de normalização do funcionamento do hospital, além da assunção, a médio prazo, do risco de demanda judicial indenizatória em razão do rompimento unilateral

do contrato, sem que ocorresse qualquer modificação significativa no caráter da administração daquele patrimônio público, que permaneceu privado.

Justificando a intervenção feita já no final do governo pemedebista, o Secretário Cláudio Bley explicou que sua enorme estrutura tinha sido dilapidada e transformada em serviço privado pelos Camilianos. Os investimentos realizados desde então pelo estado tinham sido da ordem de 90 milhões de cruzados novos.²⁸⁴ A forma como foi planejada a operação de intervenção no Hospital de Chapecó, delineada dentro do gabinete do Chefe da Casa Civil do Governo, vinculado politicamente à região, reforça entretanto a impressão de que a mesma foi um ato vinculado também a um projeto político de reversão da imagem partidária abalada na região às vésperas da eleição para o governo estadual.

A prática usual da apropriação e/ou usufruto privado de bens públicos, inclusive abrigada sob a proteção de instrumentos jurídicos questionáveis e por justificativas de várias ordens, revelou, mais do que um Estado caracterizado apenas pela sua instrumentalização a partir dos interesses dominantes burgueses "*stricto sensu*" supostamente sob poder delegado dos governantes, um tipo de administração pautado pelo compadrio, apadrinhamento e opacidade que se confundem com os interesses de atualização do capital, e cujas origens históricas profundas lembra, em todos os detalhes, as formas de administração patrimonial desenvolvidas pela administração colonial portuguesa. No jogo dos interesses de várias ordens, as mesmas mantiveram-se surpreendentemente vivas, com a definição de um padrão próprio de relação entre o interesse público e os particulares que vige até os dias de hoje.

O padrão administrativo patrimonialista, paradoxalmente amparado pela lei mas ao mesmo tempo vinculado a interesses particulares, foi identificado por vários depoimentos feitos ao autor no decorrer da presente pesquisa. Nas palavras de um dirigente do setor,

"na verdade, o poder nunca foi democratizado neste período. Se procurava fazer de conta que existiam as instituições, etc. Mas o poder era manipulado de uma maneira clientelista, se procurava fazer uma manipulação clientelista do movimento, sem se levar em consideração aspectos mais técnicos, critérios, essas coisas. Na verdade foi um momento difícil, e eu acho até que este momento se prolongou a posteriori. Veja: Santa Catarina tem tido a infelicidade de ter essa situação de falta de transparência nas decisões ao longo de todo esse período. Existiu uma preocupação de gerenciar a Secretaria com uma visão muito clientelística, com a questão do voto, de só atuar onde estava a possibilidade do voto. Na verdade isso a gente identificou, e é lamentável que tenha identificado essas coisas, porque isso nos frustra enquanto atores, enquanto cidadãos participantes, mesmo sem nos comprometermos

²⁸⁴ Diário Catarinense, 08/03/91, p. 8.

com este tipo de prática, mas nos frustra enquanto a nossa presença num organismo dessa natureza. Então foi uma relação conflituosa, eu diria que não foi nem um pouco transparente, porque a Secretaria sempre manipulou as verbas a seu bel prazer, sem priorizar coisas que eram importantes para construir de fato um modelo assistencial que fosse ao encontro das necessidades da nossa população"²⁸⁵.

O Coordenador de Planejamento da SES naquele período igualmente identificou um dos mecanismos pelo qual se viabilizava esta forma de administração patrimonial sobre um arcabouço jurídico e organizacional burocrático:

"a discussão do orçamento, que era o momento de propor qual seria a nossa missão, os nossos programas, a distribuição de verbas, era completamente secundarizada. Sabia-se que tinha um orçamento, mas ele era completamente fictício. Ele era feito de tal forma que a distribuição dos recursos era a mais maleável possível. As verbas não estando amarradas a proposta nenhuma davam à Secretaria total liberdade"²⁸⁶.

A posição conservadora assumida pela Fundação Hospitalar no processo da reforma, já discutida em capítulo anterior neste mesmo trabalho, também foi reforçada pela administração "familiar" que caracteriza o padrão patrimonial de tratamento da coisa pública. Para um assessor do próprio Superintendente, a Fundação Hospitalar tinha tido a sua atuação reforçada pela lógica da tradição e não do compromisso público

"porque eu via gente de todos os escalões, desde o governador, que fazia um grande discurso, até o último funcionário aqui, varredor de chão, pautados pelos interesses pessoais. Se este último pudesse montar uma firminha de limpeza e através de uma licitação facilitada ganhar o processo, estava concretizado o sonho. A pergunta que tu me fizeste: Porque o Pedro Ivo escolheu o Aurélio (*Aurélio Rótulo Araújo, indicado Superintendente da Fundação Hospitalar de Santa Catarina por ato pessoal do Governador Pedro Ivo Campos*)? Porque não consultou o partido, a cartilha? O erro já partiu dali. Era parente."(nota do autor)²⁸⁷

É importante salientar que a prática do compadrio já tinha marcado a indicação do Secretário Martinho Ghizzo no início do Governo Pedro Ivo, que, mostrando coerência, indicou também o próprio irmão para a Secretaria de Estado da Administração.

No área da saúde, a família Ghizzo apresentou um trajetória que já corresponde quase à de uma dinastia, tal a estabilidade da mesma em altos cargos da administração setorial. João Ghizzo Filho na administração Amin (PDS) tinha ocupado a Superintendência da Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Casualmente, seu primo Irmoto Feurschütte também foi Secretário de Estado no período. Com o governo peemedebista, foi Martinho Guizzo o Secretário da Saúde, que manteve João

²⁸⁵ BARATIERI, Ricardo. *Entrevista ao autor*. 1993.

²⁸⁶ KNOLL, Biaz Manger. *Entrevista ao autor*. 1993.

²⁸⁷ BONASSIS, João Batista. *Entrevista ao autor*. 1992.

Ghizzo Filho como assessor hospitalar tentando inclusive a sua nomeação para o segundo maior cargo comissionado da Secretaria, só não o conseguindo por restrições partidárias.

Finalmente, no final do governo peemedebista, a vitória do PFL de Wilson Kleinübing alçou novamente João Ghizzo Filho para a Secretaria da Saúde, entre outros motivos, pelos vínculos familiares que o ligavam ao líder partidário Jorge Konder Bornhausen (seu sobrinho, o ex-jogador de futebol Renato Sá, casou com uma filha do herdeiro da oligarquia catarinense). Se parece pouco acadêmica tal abordagem do poder setorial, e naturalmente outros fatos e justificativas concorrentes possam explicar todos estes fatos, é inegável a sobrevivência de uma lógica já há muito tempo enterrada em outras formações sociais e que no caso catarinense permanecem com potencial explicativo para a interpretação do desenrolar da história aqui relatada.

Outro caso exemplar que ressaltou a forma especial com que o patrimônio público foi tratado sob a administração deste Estado arcaico foi explicitado com as denúncias feitas pelo presidente do Sindicato dos Médicos de Santa Catarina - SIMESC, Reinaldo Machado e que tornaram públicas as distorções administrativas abrigadas no interior da Fundação Hospitalar. Neste caso, entretanto, a mesma prática de uso privativo dos bens públicos já identificada anteriormente só pode ser explicada por uma vontade coletiva, um caráter sistemático de apropriação, já que as situações denunciadas, para a sua permanência, exigiram uma produção contínua de atos encadeados, um verdadeiro *processo administrativo* que ordenou o espaço de possibilidades para que pudesse se expressar esta específica relação público-privado. As denúncias²⁸⁸, extensas e profundas, se constituíram de fato em uma radiografia do uso sistemático do espaço público para a produção e apropriação privada dos seus resultados dentro da instituição:

1. "cerca de trinta médicos concentrados no Hospital Governador Celso Ramos e Hospital Infantil Joana de Gusmão fazem cobranças irregulares mas sistemáticas por serviços prestados através do INAMPS"²⁸⁹,
2. a inexistência de concurso público para acesso ao órgão até este ano;
3. o uso sistemático de equipamentos, material e funcionários dos hospitais públicos da FHSC para a produção de serviços particulares.
4. o preenchimento irregular de documentos por residentes em nome de seus chefes;

²⁸⁸ Diário Catarinense, 24/03/87, p. 7.

²⁸⁹ Idem, ibidem.

5. a privatização de serviços da Fundação através da cessão de uso de equipamentos públicos dos setores de radiologia e medicina nuclear para rendimento privado.

É interessante salientar que as situações mais evidentes de uso indevido do patrimônio e de bens públicos (como as recém apontadas) se davam em torno de serviços direta ou indiretamente sob responsabilidade da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, entidade que era financiada em 68% de suas necessidades com recursos públicos²⁹⁰ e com funções sobre a assistência médica terciária pública no estado. Paradoxalmente, a entidade tinha *status* jurídico de entidade privada.

As denúncias do Presidente do Sindicato dos Médicos de Santa Catarina repercutiram tanto quanto repercutiu, ainda em campanha eleitoral, a acusação de Pedro Ivo Campos: - "a Fundação Hospitalar é um caso de polícia".

Entretanto, esta prática não era privilégio de uma única instituição. O Secretário Martinho Ghizzo, ao explicar os obstáculos à municipalização, também colocou a questão da administração patrimonialista como uma constante identificada nas administrações municipais e em outros "*loci*" do Estado:

"Outra dificuldade que eu acho, e é mais impressão minha, é que o pessoal ligado ao serviço público, de modo geral, eles se vinculam de uma maneira tradicional, uma maneira muito politiqueria. As pessoas entram no serviço público através de apadrinhamento, sem concursos públicos. Então são pessoas que trabalham pouco, são pessoas privilegiadas, ... e isso não é só na saúde: a Assembléia Legislativa é o maior exemplo disso. O problema é que as nossas prefeituras, como os nossos governos, são tradicionalmente parte daquela cultura de paternalismo, da administração tradicional"²⁹¹.

No plano setorial, esta apropriação privada escancarada do Estado tornou-se pivô de um conflito que percorreu todo o período observado e se colocou inclusive como pano de fundo para a luta de transformação setorial. Este conflito, derivado do enfrentamento de grupos publicistas e privatistas, tinha nos primeiros os defensores do espaço público e nos segundos o vínculo com a defesa da saúde como possibilidade mercantil. No primeiro grupo, a maioria tinha nítido recorte corporativo, defendendo o público por ser a estrutura onde se colocava o interesse da sua categoria ou grupo, sem outras considerações mais amplas sobre o significado do espaço público. Uma minoria, com diversas linhas e entendimentos político-ideológicos, via na defesa do público a defesa de uma possibilidade de através desse espaço se produzir, mesmo em uma sociedade baseada na desigualdade, formas mais

²⁹⁰ O cálculo apresentado é restrito à participação da previdência social na receita da instituição. Consideradas as receitas originadas da produção de serviços a servidores do IPESC, Celesc, Eletrosul, etc, em última análise também públicas, o financiamento público da FHSC se elevaria a mais de 95%.

²⁹¹ GHIZZO, Martinho Herculano. *Entrevista ao autor*. 1992.

equitativas de distribuição de determinados bens e serviços como os produzidos pelo setor saúde. Sobre este grupo não cabe entrar em detalhes, por não haver maior contribuição ao tema aqui especificamente focado.

Os defensores do espaço privado, por seu lado, também tinham algumas características que os diferenciavam. O grupo majoritário, entretanto, além de corporativo, o que o aproximava eventualmente de uma parcela dos defensores corporativos publicistas, tinha na defesa das formas específicas de relação que se tinham construído entre a administração pública e os interesses privados o seu maior interesse. Neste caso, a manutenção de micro-poderes institucionais e o controle privado sobre serviços e equipamentos públicos produtores de serviços médicos, todos a serviço de uma apropriação privativa dos seus resultados eram o objetivo da luta empreendida. É importante salientar que os verdadeiros beneficiários destas práticas eram grupos médicos ou produtores individuais de serviços que de fato se constituíam como uma absoluta minoria em relação ao conjunto da categoria médica. A grande maioria dos médicos defendia o espaço privado no interior da FHSC por possuir uma forma também questionável de dupla remuneração: além do salário, estes produtores de serviços auferiam rendimentos por todos os procedimentos realizados no mesmo horário de trabalho, na qualidade de autônomos, o que caracterizava dupla remuneração. Entretanto, estes honorários eram irrisórios quando comparados com os dos "donos de máquinas" ou dos "proprietários de feudos" já descritos. Todos eles, contudo, de uma forma ou de outra, mais do que o espaço privado, defendiam a permanência incestuosa da perspectiva de manutenção das formas de prática liberal no interior do espaço público, além de entenderem que a demanda para a viabilização das suas atividades liberais clássicas dependia de alguma forma dos racionamentos que eram impostos, na forma de gargalos ao acesso pleno a estes serviços, por cada grupo profissional de acordo com as especificidades do próprio processo de trabalho a que cada especialidade estava submetida. Pode-se dizer, neste sentido, que a grande maioria dos grupos organizados no interior da Fundação Hospitalar de Santa Catarina tinham interesses e lutavam pela permanência das relações anacrônicas mas ainda vigentes no cotidiano institucional e que se caracterizavam pelo borramento da linha divisória do espaço e do patrimônio público em relação ao espaço privado, favorecendo a acumulação particular.

A atuação da Secretaria, neste período, no entanto, deixava cada vez mais clara uma posição que se aproximava em tudo da assumida pelos antigos governos, aceitando como naturais as relações nebulosas entre interesses privados e públicos no interior do aparelho político-administrativo do estado.

A divulgação da decisão do Secretário Martinho Ghizzo de acumular as funções de Secretário com as de Superintendente da Fundação Hospitalar, instalando

imediatamente sindicância para apurar as irregularidades denunciadas em resposta às pressões públicas em relação à situação da Fundação Hospitalar pode ser entendida dentro deste contexto. A notícia foi acompanhada da explicação reveladora de que a mesma (a sindicância) tinha sido definida *em comum acordo* com a administração anterior, ocupada por seu primo, João Ghizzo Filho, ele mesmo potencialmente envolvido nas supostas irregularidades. Os fatos colocados mostram a natureza complexa das relações que se davam dentro da FHSC entre os interesses particulares e de grupo, os vínculos familiares e as forças conservadoras do *status quo*, que confluíam para a produção de uma forma específica de administração que tinha inspiração em uma matriz patrimonialista que dava limites à própria possibilidade de desenvolvimento das forças sociais produtivas²⁹².

Dois anos mais tarde, em 1989, surgiram na imprensa novas denúncias que voltaram a lembrar a administração patrimonialista instalada na máquina administrativa do estado. Divulgadas pelo movimento grevista que paralisava a FHSC, o comando grevista acusava a Secretaria de que através da Fundação Hospitalar, estaria comprando equipamentos médicos e cedendo-os para instituições hospitalares privadas. O Tribunal de Contas do Estado prometeu auditar a FHSC. Ricardo Baratieri, então Superintendente da Fundação Hospitalar negou as acusações, porém na prática as confirmou, já que assumiu a cessão de equipamentos para os Hospitais Santa Terezinha de Joaçaba e Coração de Jesus de São Joaquim²⁹³.

Na verdade, o governo peemedebista não fez nada mais do que manter os vínculos tradicionais de inspiração patrimonialista aos quais estamos nos referindo. O Secretário Walmor De Luca, respondendo às acusações, acusou o TCE de

"...atitude incoerente. O tribunal deve(ria) consultar suas atas e seus atos. Em governos passados, unidades hospitalares inteiras foram cedidas com o seu aval. Os envolvidos nisso são os que querem manter esse sistema injusto, que sacrifica o paciente do interior e o da capital na assistência médica".²⁹⁴

Na verdade, a resposta do Secretário estava sendo feita por um político colocado em função de poder que o capacitava agora a dirigir a máquina patrimonialista, beneficiando os grupos a ele vinculados. A defesa produzida foi mais a defesa do *modus operandi* patrimonialista do que a da probidade do homem público ferido em sua honra.

Em Brasília, do mesmo modo, com o desenvolvimento do projeto descentralizador setorial, os interesses beneficiados com a ação patrimonialista do Estado se organizaram para evitar a extinção da estrutura administrativa do INAMPS, "*locus*" historicamente privilegiado de barganhas caracterizadas pela privatização

²⁹² Diário Catarinense, 31/03/87, p. 12.

²⁹³ Diário Catarinense, 26/10/89, p. 8.

²⁹⁴ Diário Catarinense, 02/11/89, p. 11.

sistemática de recursos públicos a partir de variados mecanismos, inclusive a da fraude consentida.

Na Câmara Federal, por conta destes interesses, manobras protelatórias lideradas pelo Deputado Roberto Jefferson (PTB-RJ) adiaram a votação do substitutivo do relator do projeto da Lei Orgânica da Saúde, Deputado Geraldo Alkmin (PMDB-SP). Acompanhado de diretores da Federação Brasileira de Hospitais, o Deputado carioca citou os dois pontos absurdos do projeto: a extinção do INAMPS e a estatização do setor.²⁹⁵

Como pode se notar, o liberalismo de discurso assumiu neste caso sua face mais contraditória, já que a manutenção do INAMPS podia também ser entendida como a manutenção do Estado e a sua interferência no espaço privado das relações econômicas. Entretanto, não foi qualquer Estado o alvo destes liberais. O Estado que protege, que transfere e que nutre com os recursos públicos os interesses particulares parasitários deste arranjo atrasado, e só este Estado foi veementemente defendido.

Apesar da identificação de freqüentes formas de relação público-privado suportadas por administrações de cunho patrimonialista, a tensão existente entre este modelo administrativo calcado na tradição e um modelo administrativo moderno, burocratizado, impessoal e previsível também foi identificada nos depoimentos recolhidos no decorrer desta pesquisa. É interessante notar que ambos os modelos se revestiam de características conservadoras que se contrapunham ao projeto de reforma sanitária. Neste sentido, o INAMPS foi visto como a instituição "moderna" em contraposição à Secretaria da Saúde, identificada com o clientelismo e com as práticas personalistas de seus dirigentes.

"Dentro do INAMPS não havia problema nenhum, porque o INAMPS era , não sei como é que está agora, mas era uma instituição totalmente normatizada. Você só podia fazer o que estava na norma. Então não era difícil de administrar. Porque se tivesse alguma dificuldade você aplicava a norma e se alguém não cumprisse você aplicava o que a norma mandava aplicar neste caso. Então dentro do INAMPS era fácil de administrar do ponto de vista administrativo. Agora do ponto de vista de implantar o SUS é que foi o problema. Porque nós esbarrávamos também nestas normas. Estas normas também nos prejudicavam. Nós às vezes também não tínhamos poder de tomar certas decisões, de aceitar certas mudanças, justamente porque as mudanças, apesar da administração central, eram contra as normas.... Aí é que está a diferença do Dr. Hésio para o Dr. Serrão. É a parte filosófica. O Dr. Hésio, se tinha uma norma que não permitia, ele mandava alterar a norma. O Dr. Serrão mandava cumprir a norma. Então essa era a diferença. Sintetizando, uma das nossas maiores dificuldades eram as próprias normas do INAMPS, que nos facilitava a administração mas dificultava a implantação do SUS"²⁹⁶.

²⁹⁵ Diário Catarinense, 03/11/89, p. 3.

²⁹⁶ GOMES, Cid. *Entrevista ao autor*. 1993.

Outro depoimento colocou a questão de forma mais dialética, mas igualmente valorizando a participação da máquina administrativa como ator social invisível a se contrapor ao processo de construção do SUS:

"Então a possibilidade de implantar o SUS, com todas as resistências, com todos os oponentes que havia, e com a mínima capacidade que a gente tinha de controlar a máquina administrativa, a falta de autoridade da Secretaria, as encrencas políticas, tudo contribuiu para que a gente ficasse muito mais frágil. A burocracia ficou por sua própria conta"²⁹⁷.

O processo de municipalização das ações de saúde também foi marcado pelo ranço patrimonialista que impregnava toda a máquina pública. O Secretário Martinho Ghizzo assim se referiu à situação:

"no fim do meu mandato de secretário eu criei um slogan - menos construção e mais ação. E eu descobri isso em 88, porque eu comecei a ver essas coisas: tinha dias que eu chegava nos municípios, e todos aqueles objetivos da municipalização eram total e absolutamente desvirtuados. Veja: os municípios não tinham capacidade para fazer ações de saúde conforme se impunha, e ao mesmo tempo não tinham a cultura, não cultura em termos de conhecimento mas em termos de vivência, em termos de história, isentas daquela política tradicional para garantir que o dinheiro fosse aplicado dentro dos objetivos do programa. Em outras palavras, o pessoal desviava dinheiro da saúde para outras ações que não as da saúde. Eram construções, eleições... O SUDS acabava funcionando como mais um convênio. Tanto isso é verdade que até hoje ainda rolam por aí pautas de justificativas do TCU do uso irregular de recursos do SUDS. Só prá te dar um exemplo, aqui em Araranguá tem o caso aqui de uma creche que não foi construída porque o dinheiro foi desviado para outras finalidades"²⁹⁸.

A superação da racionalidade tradicional por uma outra, moderna, racional-legal e burocrática no sentido weberiano do termo, através das propostas de otimização dos recursos físicos da rede pública federal e estadual recém unificada, regionalização dos serviços e descentralização administrativa tiveram com o SUDS uma possibilidade concreta de ocorrência. Entretanto o descolamento da matriz patrimonial com as demandas da população não só tornou pouco provável a sua incorporação à prática burocrática do Estado, como colocou o projeto na sua linha de fogo, impedindo a sua expressão no cotidiano social. Entretanto, a produção de uma nova forma de fazer política, na qual a superação do ranço patrimonial poderia se dar a partir da efetiva subordinação da máquina político-administrativa ao interesse social, na qual avulta em importância a instalação e integração das instâncias de participação comunitária na definição dos próprios destinos da sociedade através da escolha das alternativas políticas para o setor nunca foi priorizada neste período.

²⁹⁷ KNOLL, Biaze Manger. *Entrevista ao autor*. 1993.

²⁹⁸ GHIZZO, Martinho Herculano. *Entrevista ao autor*. 1992.

O patrimonialismo tem raízes históricas profundas no Brasil. A colonização portuguesa legou ao país as características da administração monárquica patrimonial já testada desde a supremacia da dinastia de Avis em 1385 e consolidada pelas bem sucedidas aventuras comerciais marítimas dos séculos XV e XVI que acabariam vinculando o Brasil definitivamente a este passado ibérico²⁹⁹. Na verdade, pode-se dizer que a descoberta do Brasil foi a chegada do Estado português em uma terra sem povo. A constituição de um Estado que não emergiu de uma formação econômico-social mas que foi transportado via marítima para aqui estabelecer um novo espaço de poder marcou profundamente a nossa formação político-institucional, de tal forma que em cada ação do poder público ainda pode se identificar, da mesma forma como o patrimônio público é apropriado de forma particular sem muito constrangimento, o uso "da riqueza, da propriedade e dos bens particulares como se não pertencessem aos particulares, mas a ele (o poder) estivessem confiados"³⁰⁰. Assim, coloca-se o caráter fundamental desta matriz a que estamos nos referindo - o limite difuso entre o patrimônio público e o patrimônio privado - situação que coloca o ideário liberal não como emergente da sociedade dos cidadãos, mas como produto da chancela dos corpos intermediários ocupantes do aparelho de Estado.

Faoro³⁰¹, que já tinha esclarecido os liames da origem e da formação do patronato político brasileiro com o clássico "Os donos do poder"³⁰², especulando sobre a permanência do patrimonialismo anacrônico como ordem na vida político-econômica do país indica que, na trajetória do desenvolvimento histórico das forças produtivas, o patrimonialismo teria impedido a transformação do liberalismo econômico da etapa da racionalidade material para a da racionalidade formal. A falta de uma classe burguesa hegemônica que se dispusesse a encarar-se como força motriz da sociedade, cooptada pela rede de facilidades e privilégios da ordem patrimonial, produziu como resultado um Estado dentro do qual tudo orbita e para o qual toda a iniciativa é atraída, uma espécie de super-nova³⁰³ gravitando no espaço político-econômico e não no espaço astronômico.

Obviamente, a matriz patrimonial permaneceu no plano da realidade até os dias atuais porque atende a interesses de grupos que se beneficiam deste acordo morno no qual garantem-se vantagens permanentes em troca da conservação desta ordem tradicional. Neste sentido, ela é anacrônica mas nem um pouco inefetiva ou

²⁹⁹ FAORO, Raymundo. Op. cit., pp. 33-96

³⁰⁰ FAORO, Raymundo. A aventura liberal numa ordem patrimonialista in *Revista USP*, n° 17 mar/abr/mai 1993 pp. 14-29.

³⁰¹ Idem, *ibidem*.

³⁰² FAORO, Raymundo. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. Vol. I e II, Rio de Janeiro, Globo, 1989.

³⁰³ Referência ao fenômeno astronômico das estrelas super-novas, que possuem tal massa que atraem a própria luz emitida, bem como todos os corpos celestes no seu entorno.

inoperante. Ela simplesmente atende a um tipo de lógica diferente da que vigora nas sociedades modernas, na qual a ordem político-administrativa está sujeita a mecanismos racionais-legais próprios da administração burocrática por uma exigência do próprio processo de acumulação capitalista que exige previsibilidade e estabilidade das relações sociais ao longo do tempo. Com o patrimonialismo, o cálculo utilitário das consequências torna-se um jogo arriscado pelo conjunto absolutamente imponderável de variáveis à disposição discricionária do poder burocrático, tornando impossível a realização plena do capital concorrencial. Este último, permanentemente fragilizado pelas condições adversas do jogo social, expressando apenas parcialmente a vocação revolucionária que o move, parece não ter implantado uma nova sociedade, burguesa, racional e produtora de mercadorias. Ao invés disso, "aristocratizou-se", aceitando um papel secundário e parasitário na dinâmica social, dominada de fato pela burocracia cooptadora do restante da sociedade.

Sob a ordem patrimonial acabam sobrevivendo apenas os interesses rasteiros, as barganhas miúdas (mesmo envolvendo somas milionárias) e as "ações entre amigos". Até a luta de classes soçobra neste arranjo pela redução de todos os interesses ao individualismo estreito que impede cada um de se ver como parte de um todo social. As relações sociais tornam-se encenações na qual viceja o capital sem risco e até sem capital, o trabalhador que em tudo lembra o escravo e o funcionário público que defende o seu próprio interesse ou o dos amigos. Enfim, constrói-se um país que em tudo lembra uma fraude.

Voltando ao espaço regional, a oligarquia política que historicamente dominou o estado de Santa Catarina desde a República Velha, quando Aristiliano Ramos chegou ao poder³⁰⁴, apesar de anacrônica, parece ser também uma expressão política patrimonial concreta que se mostrou igualmente eficiente para a manutenção do poder. Oligarquia é aqui entendida como

"o poder nas mãos de um restrito grupo de pessoas propensamente fechado, ligadas entre si por vínculos de sangue, de interesse ou outros, e que gozam de privilégios particulares, servindo-se de todos os meios que o poder pôs ao seu alcance para os conservar"³⁰⁵.

³⁰⁴ Aderbal Ramos da Silva, em entrevista concedida em 1979 ao Laboratório de História Oral da Universidade Federal de Santa Catarina afirmou: "Falam muito em oligarquia, não existe oligarquia (...) Oligarquia é porque nós temos formação política. (...) a minha família deve ter governado de (...) mil e novecentos para cá, oito anos do meu avô, dez do Nereu são dezoito, quase quatro meu são vinte e dois, mais quatro do Celso são vinte e seis, né? (...) O Aristiliano (...) primo do Nereu (...) também governou quase dois anos, então são quase vinte e oito anos de governo". Apud AURAS, Marli. **Poder Oligárquico Catarinense**. Tese de Doutorado, PUC-SP, 1991, p. 43.

³⁰⁵ BOBBIO, Norberto *et alli*. Oligarquia in **Dicionário de Política**, Ed UnB, Brasília, 1986, p. 835.

No caso de Santa Catarina, a origem das famílias que dominaram o espaço político neste século - os Ramos, Konder e Bornhausen, mas especialmente os primeiros, ajudou a transferir e perpetuou, com os seus métodos de aliciamento político, a dominação da coroa portuguesa através deste tipo de relação patrimonial, o que acabou transferindo para as práticas administrativas correntes do aparelho de Estado muitas das características desta forma de dominação descrita por Weber em seus traços mais distintivos.

10.2. Patrimonialismo X controle social

A perspectiva de superação deste arranjo ancorado no passado, dinamizado no presente e cristalizado sob a forma de um Estado autoritário e impermeável às demandas populares tinha nas propostas de participação popular e na democratização da gestão setorial a partir da ampliação do espaço deliberativo institucional com os Conselhos de Saúde a sua perspectiva mais favorável.

O controle da sociedade no setor saúde, é importante salientar, já estava regulamentado desde a assinatura do Convênio PAIS, firmado ainda em 1983³⁰⁶. A partir de 1984, com a Resolução CIPLAN nº 06/84, as instâncias colegiadas municipais e regionais já previam a participação popular em Comissões Interinstitucionais de Saúde que gradualmente, à medida que avançava a proposta da reforma sanitária, foram incorporando nas normas maior representação de segmentos populares como associações de moradores, sindicatos, representantes de portadores de patologia, entidades religiosas, etc. Na maioria dos municípios, entretanto, as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde - CIMS acabaram sendo instaladas apenas formalmente, apenas para o município se habilitar aos repasses do convênio, deixando de produzir os efeitos desejados quanto à subordinação da máquina pública aos representantes da sociedade. Em nível regional, poucas Comissões de fato funcionaram.

Em 1988, a Constituição Federal consagrou a participação comunitária entre os princípios do Sistema Único de Saúde, no que foi seguida igualmente pela Constituição Estadual e pelas Leis Orgânicas dos municípios. Em 1990, a Lei Federal 8142 definiu a forma definitiva de como se daria esta participação, regulamentando as

³⁰⁶ O Convênio PAIS foi assinado entre a União/MPAS/INAMPS e o estado de Santa Catarina/SES/DSP em 27 de abril de 1983 e publicado no D.O.U. de 24 de maio do mesmo ano, prevendo "Comissões de Coordenação do Programa de Ações Integradas de Saúde", cujos regimentos internos, aprovados por Resolução CIS nº 1/83 em 1º/09/83 definiam a CIS, CRIS como instâncias de coordenação com caráter apenas administrativo, mas com atribuições de "incentivar a participação comunitária como mecanismo de identificação de necessidades, encaminhamento de soluções e controle de qualidade assistencial". As Comissões Locais Inteinstitucionais de Saúde - CLIS eram as únicas instâncias cuja composição previa a participação comunitária. O PAIS foi implantado apenas na região de Lages.

Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, garantindo metade da sua composição para representantes de usuários, além de caráter deliberativo e a função de controle e fiscalização inclusive financeira sobre a gestão do SUS.

Durante todo o período estudado, foram freqüentes as manifestações da sociedade civil organizada exigindo da Secretaria da Saúde a criação do Conselho Estadual de Saúde, tendo em vista que com o convênio SUDS a instância colegiada de decisões, a Comissão Interinstitucional de Saúde, tinha tido suas atividades descontinuadas no decorrer do ano de 1988. O estado, apesar de ter remetido proposta à Assembléia Legislativa no final da gestão Martinho Ghizzo, retirou-a antes da sua discussão no legislativo, tendo ficado a administração e o próprio sistema de saúde sem instância de controle social e fiscalização financeira até agosto de 1993. A luta pela criação e instalação do Conselho Estadual de Saúde foi uma pendência que se desdobrou para além do período privilegiado por este trabalho, contrapondo por mais de cinco anos os interesses patrimonialistas entrincheirados na máquina pública e o movimento popular organizado em torno da questão mais geral da subordinação do poder público à vontade soberana da sociedade.

Mesmo a proposta de Conselho apresentada pelo Secretário Martinho Ghizzo à Assembléia indicava um eixo tutelar, senão discricionário, a mover o Estado, ao auto-considerar-se autônomo e com legitimidade para definir quais seriam os segmentos da sociedade civil a serem representados na composição do Conselho. Por outro lado, a idéia de sociedade homogênea permeava a própria justificativa do Secretário em relação à sua proposta, que em alguns momentos explicitava um preconceito injustificado com relação a certas organizações da sociedade civil:

"Só que eu acho que a nossa população carece de capacidade organizacional. Todo mundo entende, conhece, tem consciência, mas não chega a se organizar. Eu tive problemas com os sindicatos nos Conselhos Municipais de Saúde. Eles insistiam em participar dos Conselhos, mas eles queriam entrar por razões classistas. Por razões históricas, eu não queria que participassem do Conselho Estadual de Saúde, entre outros, os sindicatos, a Associação Catarinense de Medicina. Eu dizia: se eu botar a ACM eu vou ter que botar a Associação dos Odontólogos, a Associação da Enfermagem, eu vou ter que colocar todo mundo. Então vamos colocar clubes e associações comunitárias, associações de bairro. Eu até aceito o Rotary Clube, que pode ser elitista, mas é uma entidade genérica, não é uma entidade que vai defender comerciantes. Até tinha um médico do (Hospital) Celso Ramos que inclusive já morreu, o Dr. Maurílio Lopes, que dizia: mas os médicos tem que participar, não sei porque, mas o que estava em questão eram os interesses corporativos. O corporativismo é bom para organizar a sociedade, nisto eu até concordo, mas no momento em que eles criam esses exageros, e perdem a noção de conjunto, ficam como o indivíduo egoísta, ficam como o dono da empresa: é a minha empresa, o meu lucro, a minha quadilha. O corporativismo não deixa de ser uma

forma, uma maneira circunscrita de egoísmo. Esse é o problema, eu não sou contra o corporativismo... A questão é que às vezes se perdem os interesses gerais da sociedade em função dos interesses de grupos"³⁰⁷.

O estado de Santa Catarina, com este entendimento do Secretário, ficou à mercê da administração discricionária, autônoma e descolada da sociedade que caracterizou o período, e que acabou tornando letra morta não só um dos princípios do SUS, mas em sentido mais profundo, o próprio pilar da democracia representativa, que aponta o poder do Estado como emanado da sociedade.

A falta de compromisso e ações concretas vinculadas a uma proposta mais ampla de animação dos movimentos populares pela própria geração dos espaços de participação já definidos na norma legal no caso da saúde, por si só possibilidades de indução da organização da sociedade, fizeram da perspectiva da produção de consciência social com relação ao papel reitor exercido pela sociedade em relação seus próprios destinos apenas mais um sonho que ficou latente ainda por um longo período.

Neste sentido, o vazio social observado em meio a um período no qual se definiam as regras do jogo social e as responsabilidades de suas estruturas não pode ser considerado obra do acaso ou da circunstância. A não-participação, já indicada por Escorell³⁰⁸ em outro contexto com o significativo rótulo de "o fantasma da classe ausente" foi, neste caso, histórica e meticulosamente construída em Santa Catarina.

10.3. Ideologia e prática setorial: o espaço público subordinado aos interesses particulares.

É interessante identificar nos recortes da realidade da administração setorial noticiados pela imprensa ou relatados pelos seus protagonistas e aqui já apresentados a dubiedade do entendimento que cada protagonista tinha do que significava o *público*, quais eram seus limites e quem era o responsável pelo espaço *público*. Transparece entretanto uma lógica na qual o *público* foi reduzido, em todos os casos, a um espaço residual definido após estabelecido o maior espaço possível para o trânsito dos interesses ou valores pessoais e privados em consideração por cada um. Este tipo de comportamento, generalizado no cotidiano social como provam os diversos relatos aqui recortados, coloca em risco permanente a própria existência da sociedade, pois o espaço público redefinido a partir dos interesses particulares tende a se extinguir, aproximando a sociedade do "estado de natureza" de Hobbes. O aspecto grave associado a esta situação é a de que transpareceu sistematicamente em diversos

³⁰⁷ GHIZZO, Martinho Herculano. *op cit.*

³⁰⁸ ESCORELL, Sara. Projeto RADIS. Fundação Osvaldo Cruz, nº 12, 19??

pontos deste trabalho exatamente a falta de nitidez coletiva relativa aos limites do espaço público, a sua relação com o espaço privado e vice-versa.

É ainda mais curioso verificar que a especificação rigorosa do que corresponde ao público em relação ao privado é uma das expressões mais caras à racionalidade jurídico-burguesa, constituindo-se em um dos pilares da própria construção das relações sociais capitalistas modernas, já que emerge da delimitação destes limites o conceito de propriedade privada. Desta constatação deriva o caráter mais perverso da associação do patrimonialismo com os interesses liberais: o espaço público é visto como terreno baldio, terra devoluta a ser apropriada segundo os interesses que a qualquer momento couberem.

Entretanto, como frisa Dâmaso³⁰⁹, ao conceito de propriedade privada

"só pode opor-se, dialeticamente, o de apropriação coletiva, mas não necessariamente 'pública'. Tal noção é uma abstração nominal e só adquire sentido no contexto ideológico da qual emergiu. O termo 'público' não se refere necessariamente a alguma coisa que seja coletivamente apropriada, mas que pode designar simplesmente aquilo que 'não é de ninguém', mas que é, por isso mesmo, a todo momento e de diversas formas reapropriado no jogo de interesses"³¹⁰.

Em todos estes casos, portanto, tivemos uma "força" que trabalhou para produzir o borramento da linha que divide os limites do espaço público em relação ao espaço privado. Neste caso, os interesses que sobrevivem dentro desta relação parasitária com o Estado usufruindo do patrimônio público sob sua guarda garantem a perpetuação deste arranjo. Em Santa Catarina, no aparelho do Estado, a sua face mais visível no período observado foi a categoria médica encastelada nos "feudos" da Fundação Hospitalar.

Outra situação em que as relações entre a esfera pública e privada também foram colocadas em cheque, mas de forma diferente, foi explicitada durante o desenrolar do caso que colocou como protagonistas o Estado, através do governo federal por um lado, e a Indústria Farmacêutica por outro. Cabe informar que este e outros recortes históricos privilegiados nas próximas páginas ocorreram fora do espaço estadual, limite de pesquisa a que nos propusemos, sendo selecionados à falta de situações mais esclarecedoras identificadas na história resgatada tendo como espaço de expressão o estado de Santa Catarina. O aspecto especial destes casos é que neles o Estado foi sistematicamente flagrado chancelando o espaço privado de apropriação privada, em um eixo muito próximo do indicado por Offe para o desmascaramento do interesse de classe embutido na atuação do Estado.

³⁰⁹ DÂMASO, Romualdo. Saber e práxis na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. Cortêz/ABRASCO, São Paulo/Rio de Janeiro, 1989.

³¹⁰ Idem, *ibidem*, p 69.

A disputa de posições em torno do preço dos medicamentos foi o motivo para o conflito entre os contendores já indicados, ocorrido durante o ano de 1987. Depois de muitas escaramuças e ameaças de parte a parte, na qual o governo ameaçou com a justiça e o controle rigoroso de preços e a indústria utilizou expedientes como a publicidade, o desabastecimento e a maquiagem de produtos, surgiu com satisfação (especialmente para os beneficiários), a notícia de que autorização governamental (Resolução do Conselho Interministerial de Preços - CIP) reenquadraria a margem de lucro para comercialização de medicamentos, aumentando-a de 26% para 30% para as farmácias e drogarias. A Secretaria Especial de Abastecimento e Preços explicou que o aumento foi a resposta do governo à ameaça de locaute iminente dos estabelecimentos de comércio de medicamentos, "esperando ter contentado os dois lados, afastando a ameaça de paralisação."³¹¹ Em 28/03/87 o governo federal autorizou aumento de 42,7% para os remédios, inicialmente previsto para 35% mas alterado para compensar a vantagem obtida pelos varejistas, explicitando quem bancaria o acordo entre governo e empresários.

Neste caso, parece ter havido uma mediação bastante parcial do conflito apontado em favor dos interesses privados, de tal forma que o Estado, apontando a solução para o mesmo, acabou chancelando a margem de lucro do empresário, ao mesmo tempo em que definiu os limites de um espaço no qual a própria definição de limites é a garantia de que o Estado assume a não-intervenção em seu interior: o espaço da produção e da reprodução do capital. Parece haver nesta forma de atuação, indícios que dão conta da existência de um espaço onde transitariam acontecimentos privilegiados, contrapondo-se à existência de um outro espaço, no qual se concentrariam não-acontecimentos, recuperando a teoria de Offe. Este primeiro espaço estaria reservado para a esfera privada, para que ali possa se desenvolver a livre relação dos agentes econômicos, não admitindo-se nele qualquer interferência da esfera política. O caso aqui colocado explicitou um momento de ampliação desse espaço privado, ao qual o Estado não apenas abdicou de uma intervenção contrária aos interesses do capital, mas disciplinou, com a sua decisão, a retração do seu já reduzido espaço de regulação. O resultado da ação estatal foi a legitimação de um espaço inviolável e privilegiado no qual se dão as relações de produção e reprodução do capital. É importante notar que a negociação entre empresários e governo não se deu na esfera da gestão do setor saúde, onde de fato repercutiriam mais os efeitos das decisões tomadas, mas na esfera da gestão do espaço econômico, o que parece indicar que o deslocamento ocorrido, transferindo-se uma questão em tese atinente à deliberação das autoridades da área da saúde para a área da economia pode se constituir em outro mecanismo de filtro seletivo de tipo estrutural poderoso, que

³¹¹ Diário Catarinense. 24/03/87, p. 26.

inclusive facilitou a obtenção das reivindicações de natureza mercantil pelos interesses empresariais. No setor saúde, um outro elenco de questões, menos afins com o processo de acumulação, por serem mais vinculadas à própria justificativa da existência dos setores sociais como espaços abstratos e arbitrariamente construídos para justificar a intervenção do Estado se confrontariam com os interesses mercantis explicitados no conflito relatado: a função social das atividades econômicas, a necessidade de legitimação do Estado contemplando parcialmente as demandas subalternas, a questão da reprodução da força de trabalho entre outras demandas sociais assumidas secundariamente pelo Estado.

As relações entre o Estado e o complexo industrial farmacêutico puderam ainda ser melhor esclarecidas neste período, a partir de mais um caso com ampla divulgação pelos meios de comunicação social, ocorrido em meio ao pânico gerado pela descoberta da gravidade da AIDS como problema de saúde pública. O Ministério da Saúde, às voltas com múltiplas pressões sociais e necessitando mostrar objetivamente os resultados do seu esforço em relação ao problema decidiu importar um grande lote de testes de detecção do vírus da AIDS. Esta decisão pública, normalmente digna de reconhecimento, ensejou na verdade pesadas denúncias de indústrias não contempladas com o vultuoso contrato de fornecimento. As notícias publicadas no período indicaram que a compra feita privilegiou produtos importados cujos testes seriam ineficazes. Segundo os fornecedores preteridos pela aquisição do Ministério, a revista *Lancet*, bastante conceituada no meio médico, indicava apenas 49% de sensibilidade para o teste escolhido pelo MS, o mais baixo entre todos os disponíveis no mercado³¹². O caso, com ampla repercussão, é útil para que se possa identificar o caráter não-monolítico dos interesses capitalistas individuais, que se degladiaram neste momento não hesitando em arriscar a própria unidade empresarial pela conquista de um espaço de troca. Da mesma forma, pode-se notar, mesmo nesta área de pesquisa relativamente avançada do ponto de vista científico e tecnológico, a existência de espaços de mercado ainda compartilhados por muitos interesses empresariais, interesses esses ainda não uniformizados em seu discurso por uma fração de classe dirigente e organizadora em última instância dos interesses comuns a todas as frações de classe componentes do bloco dominante, nem monopolizados no sentido do controle econômico de grande parcela do mercado por um ou poucos produtores, encaminhamento natural para este tipo de atividade econômica. Por outro lado, não é desprezível a possibilidade de que esquemas tradicionais de corrupção próprios da relação entre interesses empresariais da iniciativa privada e de dirigentes políticos no espaço público tenham sido de alguma forma frustrados ou derrotados por outras formas ou esquemas de apropriação privada com a decisão do dirigente

³¹² Diário Catarinense, 15/07/87, p. 15.

público, produzindo a reação dos momentaneamente não beneficiados com as benesses do Estado.

A geração de privilégios baseados na própria indefinição das fronteiras do espaço público e do privado, própria dos primeiros casos descritos, parece diferente, senão oposta à do caso recém apresentado, uma vez que neste episódio a ação da sociedade através de alguns dos seus agentes econômicos, interessados em uma específica decisão política, acabaria por exigir do poder público uma definição mais clara e pública (no sentido literal do termo) dos critérios que teria o mesmo utilizado para se definir por uma opção em relações às demais colocadas à sua disposição, o que colocou o Estado na situação de explicitar, neste caso específico, as fronteiras do espaço público e suas relações com os interesses privado em jogo.

Exatamente estes dois diferentes tipos de demandas encaminhadas ao Estado identificados neste conjunto de situações recém apresentado é que, ao longo da análise exercitada sobre a atuação do Estado enquanto gestor setorial no período considerado, cristalizou-se como uma polaridade permanentemente tensionada sobre as relações entre Estado e sociedade. Esta tensão dá conta de dois interesses diversos que atuam em sentidos opostos, um com o objetivo de manter e o outro com o objetivo de transformar estas relações, redefinindo-as assim permanentemente.

As considerações já feitas com relação ao patrimonialismo subjacente à estrutura administrativa brasileira nos ajudam a entender os interesses vinculados à sua manutenção: interesses empresariais pouco competitivos que sobrevivem sob a proteção do Estado, e o "estamento" burocrático vinculado a estes interesses, que ao mesmo tempo garantem com este parasitismo a sobrevivência a este arranjo ineditamente anacrônico e que espantaria, pela sua longevidade e características especiais, até Weber, segundo colocação de Faoro³¹³.

Um outro elemento sistematicamente identificado por diferentes protagonistas setoriais relacionado com mecanismos de privilegiamento das demandas privadas em relação às demandas ligadas ao interesse público foi o que deu conta do domínio exercido sobre as instituições públicas setoriais por grupos aparentemente interessados na ampliação do patrimônio do Estado - as empreiteiras e indústrias produtoras de equipamentos médico-hospitalares - através de obras e ampliações, em detrimento dos investimentos na recuperação da capacidade gerencial deste patrimônio ao interesse da sociedade. Neste estratagema, a ampliação do espaço público ocorre subordinada ao favorecimento dos interesses privados no próprio

³¹³ FAORO, Raymundo. A Aventura liberal numa ordem patrimonialista in *Revista USP*, nº 17, mar/abr/mai 1993. p. 26.

interior do Estado, perpetuando o paradoxo da expansão privada com o crescimento do Estado flagrado por Oliveira e Teixeira³¹⁴ durante o regime militar³¹⁵.

Outro depoimento que confirmou este privilegiamento do investimento sobre o custeio no interior das instituições setoriais apontou os interesses privados como os beneficiários finais desta priorização, sendo possível, inclusive, que além de beneficiários estes fossem também os próprios inspiradores de tal arranjo, conforme denúncia formulada pelo próprio Ministro da Saúde, Adib Jatene, de que as empreiteiras eram de fato quem definia a política de saúde do ministério.

"A gente percebia o privilegiamento dos investimentos em detrimento do custeio, dos serviços hospitalares em detrimento dos ambulatoriais e dos equipamentos em relação às ações. Mas eu acho que a estrutura já é assim. A própria estrutura já é irecionada... Então existe uma ação seletiva do Estado, que acaba por facilitar a vida dos construtores, pela definição de grandes obras. Quando se decidiu construir grandes hospitais em Santa Catarina foi prá atender esta finalidade, prá equipar, prá favorecer os fornecedores de equipamentos. Existe isso, e é uma demanda que não é da sociedade. Mas quem toma a decisão é a instituição, não é o corpo funcional, são os detentores do poder político. Daí nós vamos ter que discutir a questão do Estado, a origem do Estado. O Estado, aqui, particularmente o de Santa Catarina de uma maneira muito clara, além de ele ser burguês, ele é oligárquico. Então ele representa sempre os interesses das classes dominantes. Mas nós poderíamos, num processo de aperfeiçoamento da democracia burguesa, chegar a ter uma hegemonia das forças democráticas e populares. Mas o estado como ele está colocado serve a estes interesses claros da indústria da construção civil, da indústria do asfalto, das grandes obras, e não das prioridades reais da população"³¹⁶.

Este Estado anacrônico, parasitando o conjunto da sociedade, tutelando os agentes econômicos e impedindo-lhes a livre expressão do seu destino histórico, também se constitui em alvo de questionamento cada vez mais cerrado por parte de

³¹⁴ OLIVEIRA, Jaime e TEIXEIRA, Sonia Fleury. **(Im)Previdência Social. 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1986, pp. 207-215.

³¹⁵ As palavras do Chefe do Escritório do INAMPS em Santa Catarina naquele período explicitaram em parte este aparente paradoxo. "Tem grupos que dominam as instituições. E eu notei que os grupos que mais dominam são os que fazem coisas que aparecem mais do ponto de vista, não digo eleitoreiro, mas de mostrar que estão trabalhando. Por exemplo, um grupo que tem na mão o controle orçamentário, que tem na mão recursos que podem fazer reformas e ampliações, esses grupos predominam sobre o grupo técnico. No meu tempo, por exemplo, os Secretários da Saúde faziam assim, porque eu passei por mais de um Secretário. Eles colocavam o dinheiro para despesas correntes, destinadas para material de consumo, manutenção, etc. aplicado no Fundo. Eles tinham que ser aplicados prá não haver perdas, a gente sabe que a inflação... Então o produto da aplicação podia ser aplicado em investimento. Então tinha Secretário que retinha meses os recursos do Fundo prá ter rendimento prá depois aplicar em investimento, construindo postinho de saúde, etc. Então várias vezes em reuniões da CIS eu critiquei isso porque nós estávamos na época com quase 500 postos de saúde, mas metade não funcionava porque não tinha recursos humanos, etc. Cada relatório que a gente lia, sempre notava o domínio dessa área, da área do pessoal do investimento. E como Chefe do Escritório, a gente notava que se perdia 80% do tempo em questões de hospital, de AIH, equipamento de hospital, reforma, ampliação de unidade, etc." GOMES, Cid. Entrevista ao autor. 1993.

³¹⁶ BARATIERI, Ricardo. **Entrevista ao autor**. 1993.

um segmento mais moderno do capital. A sua insatisfação com o papel subordinado ao qual está irremediavelmente ligado com a manutenção do arranjo improvável mas inacreditavelmente concretizado, que ligou três tempos, três épocas - o estamento, o patrimonialismo e a burguesia - em uma só estrutura viva no presente institucional do país não a impede de manter entretanto o vínculo promíscuo que sela à base de privilégios a manutenção da estrutura político-institucional mumificada que assombra o mundo civilizado. A exigência que faz este conjunto insatisfeito da sociedade é que o Estado também adquira sua face moderna, compatível com as condições e pré-requisitos necessários ao processo de produção e de reprodução do capital: relações estáveis, racionais, baseadas na lei e não no arbítrio dos governantes: previsíveis, enfim. Na dúvida sobre o que resultará da máquina administrativa pública modernizada, a manutenção do arranjo anacrônico atende aos interesses secularmente instalados nos meandros do poder do Estado.

Aí estão, sumariamente, as forças motrizes que deram sentido e expressão ao conflito entre o público e o privado assim como observado no setor saúde no decorrer do presente trabalho.

10.4. "*Modus operandi*" setorial e convivência do Estado: a sociedade à sua própria sorte.

Este litígio permanente entre os interesses públicos e privados foi observado igualmente no cotidiano da prática de prestação de serviços à população. A sua expressão singular nos milhares de pontos onde se colocou o prestador de serviços por um lado e o paciente por outro pode ser entendida de forma mais clara a partir da apresentação de outra situação, esta de repercussão regional mas não menos emblemática da relação típica que queremos demonstrar. Em Criciúma, os usuários do sistema público de saúde, indignados com procedimentos legalmente questionáveis e moralmente condenáveis, no caso a cobrança de taxas e valores dos doentes que procuravam um serviço médico hospitalar contratado pela previdência social acabou por explicitar o litígio entre os dois interesses já descritos.

O caso teve repercussão especial por ter sido encampado pelo sindicato ao qual uma das partes era filiado. Os sindicalistas exigiram a presença da Polícia Federal para "acabar com os abusos praticados pela Direção do Hospital São José contra os segurados da Previdência, que cobra o atendimento inclusive de emergências"³¹⁷.

O Hospital se defendeu com o argumento de que as AIS não valeriam para o pronto-socorro, e que 80% dos hospitais que participaram de uma assembléia da

³¹⁷ Diário Catarinense, 25/07/87, p. 5.

Associação dos Hospitais do Estado de Santa Catarina - AHESC, rejeitaram a extensão das AIS para os pronto-socorros porque a proposta não se afinaria com o processo de trabalho dessas unidades.

O caso provocou tumulto e divulgação, tendo sido registrada queixa-crime contra os diretores do sindicato, que exigiram a devolução de 400 cruzados cobrados de um trabalhador quando do atendimento de sua filha de três anos e internada na véspera.

Os hospitais de Criciúma, no mesmo dia, publicaram nota paga de meia folha nos jornais esclarecendo o caso. No dia seguinte, nota oficial da Associação Catarinense de Medicina - regional da Zona Carbonífera acusou a previdência de confundir a opinião pública, argumentando que "quando o paciente está em quarto de primeira, tanto o médico como o hospital podem cobrar honorários separadamente"³¹⁸. Os honorários pretendidos no caso não se justificavam, já que a cobrança da consulta vinculada ao atendimento da emergência estava incluída no valor da internação coberta pela previdência³¹⁹.

Outros episódios semelhantes aconteceram com frequência em todo o estado durante o período analisado por este trabalho, alguns deles inclusive noticiados pela imprensa, indicando este espaço recém apontado como contencioso permanente entre as partes envolvidas, que assumiam estratégias distintas em relação ao mesmo:

1. *os agentes econômicos produtores de serviços de saúde sob contrato com a previdência social*, no caso o segmento mais atrasado e dependente do Estado, normalmente sem escrúpulo ou ética para romper formalmente os próprios termos do contrato livremente firmado entre as partes, que trabalhavam favorecidos pela ausência de uma linha nítida e conhecida que estabelecesse a divisa entre o espaço público, garantido pelo contrato mas não explicitado publicamente, e o espaço privado, dentro do qual se podia dar a relação mercantil entre o produtor de serviços de saúde (o hospital) e o cliente à procura de atenção para o seu sofrimento ou o dos seus.

2. *a população usuária de tais serviços*, simbolicamente representando a sociedade à procura da garantia da saúde como direito de cidadania, e portanto do acesso aos serviços de saúde sem discriminações de caráter sócio-econômicos ou de qualquer espécie exceto os ditados pela necessidade de cada demandante. A identificação pelo doente da manobra de criação do espaço da relação mercantil escamoteada pelas justificativas possíveis mas inconsistentes pela própria natureza do serviço ofertado, colocou o mesmo na posição de exigir a explicitação desta linha divisória entre o público e o privado, no sentido de possibilitar-lhe um melhor

³¹⁸ Diário Catarinense, 26/07/87, p. 5.

³¹⁹ Diário Catarinense, 29/07/87, p. 5.

esclarecimento e assim permitir a reconstrução do conjunto de direitos diretamente vinculados a esta questão.

3. *a previdência social*, o terceiro protagonista obrigatório deste conflito, no qual necessariamente deveria colocar-se como mediador, esclarecendo os limites do contrato do qual era signatária como preposta da sociedade, foi sistematicamente ausente do espaço de litígio, mantendo com este comportamento, não por acaso, os privilégios e lucros derivados da sistemática burla ao contrato de prestação de serviços.

Estes episódios pareceram indicar que a tensão existente entre os agentes econômicos, orientados para a defesa do espaço privativo das relações comerciais já conquistadas dentro do setor (mesmo que irregulares), e a população, pautada pela lógica da necessidade e do direito à assistência, reproduzia em nível micro o conflito que se dava no mesmo período em nível nacional entre privatistas e publicistas tendo como pano de fundo os grandes temas vinculados à inscrição da saúde na Seção da Ordem Social da Constituição Federal.

Ainda no segmento dos serviços privados contratados com a previdência social, por seu turno, era comum a divulgação de notícias que davam conta da sonegação sistemática de serviços à comunidade sob as mais variadas justificativas. Entre estas, as do tipo "os três equipamentos de ultra-som conveniados com a previdência estão estragados, mas mesmo quando funcionam o atendimento demora mais de trinta dias" eram as mais frequentes.³²⁰ Estes casos indicam mais uma das articulações perversas produzidas pelos serviços privados contratados pelo sistema público de saúde, a previdência social e o mercado. Criando gargalos e congestionamentos regulados pela administração da oferta dos serviços, esses serviços beneficiavam-se da ineficiência por eles mesmos gerada, induzindo a transferência da clientela sócio-economicamente mais qualificada (em geral coberta por seguro-saúde) ou da mais necessitada daqueles serviços/procedimentos sob bloqueio para o subsistema privado. A estratégia era duplamente vantajosa para os seus executantes, pois reforçava o espaço do exercício privado e lucrativo da produção de serviços de saúde, ao mesmo tempo em que desgastava o sistema público de saúde (e a permanente ameaça de estatização ou redução do mercado já conquistado), transferindo-lhe a culpa pelos transtornos criados e a contínua insuficiência de respostas às demandas e necessidades da clientela.

Dissecando um pouco mais os expedientes utilizados pelos serviços de saúde contratados pela previdência para a "criação" de um espaço de acumulação privado por sobre o espaço público já definido pelo próprio contrato entre prestador de serviços e em última instância a sociedade como um todo representada pela

³²⁰ Diário Catarinense, 30/06/87, p. 8.

previdência social, a tática utilizada pelos hospitais iniciava-se pela identificação de um ponto do sistema (normalmente a porta de entrada dos hospitais) no qual a cobertura do sistema público era questionada, divulgando-se à clientela a exigência da cobertura privada daqueles serviços supostamente não ressarcidos pela previdência social. A demanda não atendida na rede básica, especialmente à noite e nos finais de semana se tornava então a massa a ser pressionada pela exigência de pagamento, quando da sua busca por atendimento, produzindo-se um gargalo de atendimento (os serviços supostamente não cobertos pelo contrato com o sistema público) no qual os mais necessitados ou capacitados sócio-economicamente se acomodavam ao novo arranjo, assumindo duas vezes a cobertura do serviço que lhe fora prestado - uma como contribuinte compulsório de impostos e outra como consumidor diretamente onerado com o custo do serviço adquirido.

Apesar da perspectiva de que a atuação irregular dos produtores de serviços pudesse ser controlada pela fiscalização efetiva do Estado, neste período dois conjuntos de fatores se sinergizaram para que tal não ocorresse.

O primeiro, relacionado aos vínculos incestuosos que se produziram historicamente entre o Estado e os interesses conservadores do capital sob o manto da administração patrimonial, que esgarçando os limites do espaço público, ao mesmo tempo privatizaram o seu interior. Como resultado deste arranjo não se poderia esperar lisura neste tipo de controle, mesmo se o mesmo se efetivasse.

O segundo, ligado intimamente à crise fiscal por um lado e ao avanço das propostas de ajuste neoliberal por outro, que acabaram por produzir, para além da diminuição do tamanho do Estado, resultado este ainda sujeito a confirmação, a restrição importante da capacidade de intervenção e regulação do mesmo sobre a economia, resultando na impossibilidade de correção das distorções produzidas pelo mercado especialmente no recorte setorial estudado.

O conflito entre a comunidade usuária e as práticas mercantis dos hospitais privados que se valiam da demanda vinculada ao sistema público para estrategicamente gerar outras formas de apropriação privada pareceu pouco a pouco também dar origem, em um movimento dialético que reforçou ilusões que jamais se concretizaram na realidade, a uma radicalização do discurso universalista e de equalização do acesso pelos meios de comunicação, que sugeriu que poderia se dar a produção iminente de um processo generalizado de consciência social e de resgate da cidadania social.³²¹

A posição assumida pelo Estado nestes episódios, entretanto, foi sempre a da omissão, deixando a sociedade solitária em busca da transformação das estruturas

³²¹ Diário Catarinense, 29/04/87, p. 7; Diário Catarinense, 06/05/87, p. 3; Diário Catarinense, 30/05/87, p. 16; Diário Catarinense, 29/07/87, p. 5.

seculares do aparelho administrativo público. A falta de clareza com relação aos direitos previdenciários sem que a previdência assumisse a si o papel primário de divulgar estas informações, fato mais notável especialmente depois da saída do grupo de Hésio Cordeiro do INAMPS, fez com que a cobrança de atendimentos já cobertos pela previdência, mesmo que a preços insatisfatórios, acabasse sendo vista como normal para muitos.

Os poucos que questionaram a superposição irregular deste espaço privativo onde podia se dar sem qualquer constrangimento a reprodução do capital e as relações mercantis sobre um contrato público que em tese deveria proteger a sociedade foram denunciados pelo agente econômico, como no caso de Criciúma, sendo que a posição do sistema policial-repressivo neste episódio foi a de dar guarida ao infrator contra a audácia da invasão perturbadora da ordem perpetrada pela sociedade.

O Estado, utilizando um filtro repressivo vinculado ao próprio uso monopolístico da violência, uma das razões da própria emergência do Estado Moderno, informou à sociedade, com a posição assumida pelo seu aparelho mantenedor da ordem, da existência de um espaço concreto onde os acontecimentos ali produzidos não lhe competiam, estando de fato contra todos aqueles que questionassem a legitimidade do mesmo.

Sumariamente, neste caso os infratores (o hospital e seu corpo profissional que fraudaram a previdência e a sociedade) denunciaram através de registro de ocorrência policial a vítima de seu próprio estelionato (o paciente alvo de dupla cobrança) assumindo com esta iniciativa a posição irregular agora sob a proteção da lei. O uso discricionário da lei, com este caso exemplar, será discutido de forma mais detalhada no próximo capítulo.

O conceito de seletividade de Offe aplicado a esta situação igualmente ajuda o melhor entendimento da diferença flagrante entre o discurso e a prática institucional, diferença esta que produz seletividade sob a forma de espaços de não-acontecimentos³²² onde, no caso, se colocaram as demandas da sociedade por uma atuação pública das instituições públicas. Por outro lado, os interesses dos grupos hegemônicos no interior do setor, privilegiados pelo reconhecimento das suas demandas e até pela complacência em relação aos seus delitos, colocam-se de fato na situação privilegiada de ampliar seus interesses em uma sociedade na qual o Estado implementa ações que em última análise garantem a expressão da sua vontade.

A reclamação do usuário vítima de "extorsão" não se fez audível em nenhum escaninho da estrutura pública, inclusive a previdenciária do qual era o mesmo

³²² Os não acontecimentos são realidades sociais não formatadas adequadamente para o reconhecimento e tratamento pela estrutura burocrática do Estado, quer pela sua natureza, quer pela natureza dos interesses embutidos no interior do aparelho estatal. Ver para maiores detalhes o referencial teórico deste trabalho.

beneficiário. Os gritos da sociedade contra a injustiça produzida pelos motores do capital foram neste caso encarados como não-acontecimentos que acabaram sufocados pelo próprio ruído do processo de produção.

11. SELETIVIDADE DE PROCESSO

A discussão da dinâmica setorial à luz da teoria nos capítulos precedentes enfatizou alguns episódios que foram relacionados com filtros seletivos estruturais, ideológicos e repressivos, além de outras questões que explicitaram traços patrimonialistas da prática do Estado, vínculos entre estrutura administrativa e propósitos de governo entre outros elementos de análise até aqui privilegiados. Neste capítulo, a trajetória histórica setorial foi analisada em busca de exemplos da atuação dos filtros de processo, sendo apresentadas situações nas quais acreditamos poder identificar indícios de seu funcionamento ou de seus resultados no espaço da produção social. A discussão em torno dos mesmos foi ampliada com contribuições de Poulantzas relacionadas com o uso discricionário, e portanto seletivo da lei nas sociedades modernas.

Offe³²³, dentro do processo mais geral de seletividade apontado como definidor do caráter de classe incorporados à ação do Estado, enfatiza a existência de mecanismos que incidiriam nos processos de formulação e implementação de políticas e que, em sua essência, assumiriam a função de filtros que prejudicariam conteúdos, concedendo a alguns prioridade no tempo, a outros vantagens nas possibilidades de uso de determinados meios ou associações, conferindo assim diferentes probabilidades de realização a cada um deles. Estes favorecimentos criariam, segundo o autor, espaços favorecidos por um lado e espaços de exclusão por outro. Nestes últimos, se localizariam diferentes formas de não-decisão, entendidas como processos que impediriam a expressão de demandas, as manteriam latentes, abortariam a sua trajetória nas estruturas de decisão ou mutilariam as soluções para as mesmas no caso de terem falhado as outras formas de exclusão antecedentes.

Ao nível do estado, em determinados momentos do período estudado, afloraram questões que, no bojo do processo de crise político-administrativa do setor, se apresentaram com a capacidade de tornarem evidentes processos mais internos à estrutura da máquina de Estado. Neste caso se situou a divulgação, pelo DSP, da existência de apenas 161 agentes de fiscalização de alimentos para atender todo o estado, indicando a necessidade de contratação de no mínimo mais 330 profissionais para esta atividade. O órgão constatou que ninguém cumpria a Lei 6320 que regulava a indústria e o comércio de alimentos (publicada em 1983 e somente regulamentada

³²³ OFFE, Claus. Dominação de classe e sistema político. Sobre a seletividade das instituições políticas in **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.

em 87), admitindo que o problema para a fiscalização efetiva era a dificuldade para se conseguir cópias da lei.

Dentro da mesma perspectiva pode ser lida a notícia "Mutirão limpa mercado após 88 anos"³²⁴, que salientou a disposição da Diretora do DSP de manter fiscalização permanente naquele espaço. A constatação advinda da própria notícia sugere que se esta disposição tivesse ocorrido nos últimos 88 anos, a operação limpeza certamente não teria sido necessária nem seria objeto de notícia.

Os casos citados podem ser vistos como demonstrativos de ações permeadas pela seletividade de processo, por corresponderem a um alargamento das possibilidades de ocorrência de determinados fatos sociais, até então, pelo menos em tese, sob controle ou regulação do Estado. No primeiro caso, a capacidade de ordenamento da atividade privada a partir de legislação que garante à mesma o respeito ao interesse público deixou de ser cumprida por falta de cópias da lei (sic). No segundo caso, o órgão de saúde pública encarregado da fiscalização das condições de higiene de estabelecimentos comerciais se omitiu por cinquenta e um anos (período de vida do órgão), produzindo com sua omissão evidente prejuízo para a saúde da comunidade e, mais uma vez, o favorecimento de interesses econômicos. Em ambos os casos, um espaço de exclusão, ou de não-decisão, foi criado para acomodar as reclamações, as denúncias e o próprio interesse público, ao mesmo tempo em que os interesses privados vinculados às mesmas tiveram realizada a sua melhor opção, a manutenção da não-intervenção do Estado levada às suas últimas conseqüências.

Poulantzas³²⁵, trabalhando com o sentido e a função das leis parece ampliar o entendimento da seletividade de processo recém sumarizada. Para este autor, a lei e a repressão são partes da mesma ordem, sendo a lei entendida como *o código da violência pública organizada*. Poulantzas levanta três argumentos a favor da destruição do mito da lei em oposição ao terror (a ação ao arrefecimento da lei):

1. "A ação do Estado, seu funcionamento concreto nem sempre toma a forma da lei-regra: existe sempre um conjunto de práticas e técnicas estatais que escapa à sistematização e à ordem jurídicas. Isso não quer dizer que sejam 'anômicas' ou arbitrárias, mas que obedecem a uma lógica diferente da ordem jurídica, que é a lógica da relação de forças entre classes em luta, para a qual a lei é apenas investimento à distância, registro específico"³²⁶;

2. o Estado transgride a lei em nome de razões de Estado, ou usa brechas ou lacunas da lei para ir além dela. Assim, a ilegalidade é parte da lei para uso e funcionamento das classes dominantes;

³²⁴ Diário Catarinense, 27/07/87, p. 3.

³²⁵ POULANTZAS, Nicos. Op. cit., p. 95-97.

³²⁶ Idem, ibidem.

3. o Estado pode ultrapassar a lei pois pode modificá-la. O Estado, assim, domina a lei, que de certa forma organiza a violência, mas nunca prescinde dela.

O primeiro caso relatado acima, explicitando uma situação em que o cumprimento da lei foi obstaculizado pela dificuldade que o órgão fiscalizador teve na divulgação da própria lei é igualmente explicada por Poulantzas, que revela a ideologização produzida em torno da norma e de seu cumprimento: o dito popular de que *ninguém é considerado ignorante da lei* esconderia o fato de que só os representantes do Estado podem conhecê-la. A escola não se ocupando disso, tornaria a sociedade permanentemente dependente-subordinada do aparelho jurídico, detentor da lei-segredo de Estado.

A ordem jurídica se colocaria, em relação às lutas políticas, como regulamentação da própria transformação social, tornando possível a estabilidade e a previsibilidade necessárias ao bom funcionamento do processo de reprodução ampliado do capital que é específico da modernidade.

A lei também regularia o exercício do poder pelos aparelhos de Estado, normatizando seu acesso, amortecendo as crises políticas e canalizando seus conflitos para o espaço jurídico. Ao mesmo tempo, garantiria a autonomia relativa do Estado necessária para que este organize a unidade das classes dominantes sob direção de uma delas sem que as mesmas se confundam com os mantenedores e agentes do Estado.

Finalmente, Poulantzas propõe como função da lei moderna a regulação do exercício do poder em relação às classes dominadas. Muitas das liberdades "formais" e "abstratas" da lei seriam na verdade conquistas populares inscritas na jurisprudência ao longo da história e só estas podem ser entendidas como limites reais ao exercício do poder. Em geral, são as primeiras a serem abolidas em regimes totalitários.

Recuperando a falsa oposição entre a lei moderna e o terror, Poulantzas a recoloca (a lei) como organizadora do exercício da violência, em virtude da resistência das massas populares à ação do Estado e dos agentes econômicos do capital, delimitando assim os campos de competência e de intervenção dos diversos aparelhos onde dominam diferentes classes e frações de classe.

11.1. O uso discricionário da lei na prática setorial.

Voltando à discussão da história à luz da teoria, a notícia "Dengue chega a Garopaba"³²⁷, mesmo focalizando um tema aparentemente afastado dos interesses do capital, pode ajudar a explicitar a dinâmica dos mecanismos de seleção através de processos sugeridos por Offe. Informado de que o médico da localidade suspeitava da

³²⁷ Diário Catarinense, 31/03/87, p. 8.

existência de mais de trinta casos da doença, o Secretário Estadual da Saúde, afirmou que, "se confirmados, são casos isolados, pois não há registro de dengue em Santa Catarina". A notícia meticulosamente informou ainda que a

"equipe de dois médicos sanitaristas, dois inspetores de saúde pública, agentes de saúde e dois motoristas inspecionarão os possíveis focos de larvas, analisarão o material colhido e enviarão o material para a SUCAM do Rio de Janeiro e Brasília para confirmação do diagnóstico. Caso seja confirmada a presença do vetor, será realizada operação de extermínio com a aplicação do inseticida Melatol (sic)"³²⁸.

Os doentes e seus sofrimentos, ignorados pela equipe de saúde deslocada para o município, seriam, após a coleta de material para os exames, esquecidos por mais 10 dias, quando os laudos finalmente descartaram a possibilidade do dengue no município. O caso é um exemplo do deslocamento de um problema ao nível da existência de uma comunidade, para a esfera fria e insensível do processo tecnoburocrático, que ignorou o episódio como problema até que o mesmo tivesse sido chancelado como tal a partir da análise de amostras de sangue, de vetores e da história dos casos suspeitos. Os profissionais assumiram em nome do Estado absoluta indiferença em relação aos doentes, concentrando material e métodos na doença *in abstractus*. O processo saúde-doença foi sumariamente deslocado do social e naturalizado. A lógica de quem sofria foi substituída pela lógica de quem sabe e tem poder para decidir sobre o valor do sofrimento de cada comunidade, arbitrando os recursos que serão alocados para minorá-lo. O sofrimento, a demanda humanizada do doente, foi deslocada para um espaço de não decisão no qual a existência se colocou em estado de suspensão, encarada pelos agentes do Estado como algo não expresso, e portanto não processável.

Em outra situação semelhante, os fiscais do DSP, na Lagoa da Conceição, ao lacrarem o esgoto e interditarem uma padaria denunciada pela população³²⁹ deixaram outros estabelecimentos sem inspeção, justificando a decisão por haver denúncia formalizada somente quanto à área próxima à padaria.

A vigilância sanitária, atividade que possui poder de polícia dentro do setor saúde, resquício ainda da concepção da "polícia médica" alemã que originou a prática da saúde pública nas sociedades modernas ainda no século XIX, pareceu neste caso explicitar mecanismos de seletividade de processo incorporados na própria natureza do trabalho que desempenham. Algumas das explicações para esta ligação quase orgânica entre as atividades de vigilância e os processos de seleção de demandas podem ser especuladas:

³²⁸ Idem, *ibidem*.

³²⁹ Diário Catarinense, 15/04/87, p. 9.

1. a fiscalização sanitária, atuando exatamente como um limite à liberdade dos interesses econômicos, ao invés de impor permanentemente estes limites em todas as circunstâncias, nos casos relatados assumiu suas atribuições apenas nas situações em que simultaneamente se conjugaram três elementos:

1.a. a população prejudicada tomou consciência do prejuízo sofrido;

1.b. a população identificou por sua própria conta a autoria do agente causador do prejuízo;

1.c. a população formalizou a denúncia no órgão competente.

2. a quantidade de interesses econômicos afetados pela ação restritiva da lei exige necessariamente mecanismos seleção de processo, entendidos aqui como mecanismos redutores de eficiência, assumindo o Estado a estratégia de atuar apenas exemplarmente, no sentido de preservar da sua intervenção a maior parte do espaço das relações privadas.

Mesmo com a conjunção de todas estas circunstâncias, o poder de polícia incorporado ao trabalho da fiscalização sanitária, nestes casos, foi dirigido somente ao agente denunciado e não aos demais eventuais infratores, caracterizando novamente a criação de limites bem definidos de não-intervenção do Estado, ou no qual esta se dará na melhor das hipóteses de maneira pontual e descontinuada. O espaço privativo das relações econômicas ficaria desta forma demarcado e livre para que a dinâmica da produção e da reprodução possa se dar em seus melhores termos.

Também da área da vigilância sanitária, a notícia de que as gelatinas proibidas por conterem altos teores de cromo continuariam à venda nos supermercados³³⁰ se integra dentro do mesmo rol de eventos que caracterizam uma ação seletiva do Estado, mesmo quando este intervém nas próprias normas que regulam o espaço da produção: a intervenção no mais das vezes não se cumpre ou é distorcida de tal forma que seus efeitos são desprezíveis. Neste exemplo, a seleção apareceu como um filtro de processo que, ao validar a irregularidade definida pela própria norma, garantiu uma nova possibilidade de reciclagem do Estado com a "readequação" do mesmo aos seus compromissos históricos com o capital. Neste episódio, a intervenção inadvertida do Estado e a "disfunção" dos filtros estrutural e ideológico com prejuízo ou tolhimento das liberdades necessárias para o processo de produção e/ou reprodução do capital. foi considerada intolerável pelos agentes econômicos implicados.

No Rio de Janeiro, reagindo a outro caso semelhante que culminou com a ação repressiva do Ministério da Saúde contra os técnicos que, pelo desdobramento dos fatos, "ultrapassaram" a linha invisível que demarca a intervenção possível do Estado nas atividades privadas, mesmo quando estas colocam sob risco a saúde

³³⁰ Diário Catarinense, 16/04/87, p. 10.

coletiva, centenas de manifestantes, a maioria funcionários da Fundação Osvaldo Cruz, promoveram manifestação na Cinelândia onde enterraram simbolicamente o Ministro da Saúde Roberto Santos. O protesto foi motivado pela exoneração de Suely Rozenfeld e outros sanitaristas que ocupavam cargos na fiscalização e vigilância sanitária federal, onde se posicionaram contra a liberação de sucos com altos teores de dióxido de enxofre, liberados pelo Ministro contra pareceres técnicos. A atuação dos técnicos vinha sendo questionada pela indústria pela fiscalização sistemática pela posição rigorosa assumida pelos mesmos ao tentarem proibir a comercialização de alimentos contaminados, a comercialização de anabolizantes para a alimentação animal (cancerígenos para o homem, o consumidor final) e a comercialização indiscriminada de medicamentos maléficos à saúde (antidistônicos, xaropes entorpecentes, etc).³³¹

Nestes casos a relação imediata que se pode fazer é entre a violência assumida pelo Estado com a demissão destes profissionais e o próprio poder de polícia que os mesmos tinham sob delegação. Entre outros detalhes, este poder tinha inspirado portaria que regulava a venda de psicotrópicos, subordinando-a à apresentação de receita médica. O risco de abalo na saúde econômica de algumas empresas fabricantes destes medicamentos e que se beneficiavam diretamente da omissão sistemática da função fiscalizadora do Estado levou as mesmas a pressionarem o Ministro da Saúde, que se submeteu aos interesses contrariados demitindo a profissional citada³³².

No caso dos sucos de fruta com dióxido de enxofre, a situação mais grave com relação à posição agressiva da indústria contra as normas foi a constatação de que as mesmas toleravam níveis 4 a 8 vezes maiores do que as doses eficientes de atividade antimicrobiana daquele conservante, o que leva de imediato ao questionamento da inadequação tecnológica da indústria ou às condições impróprias da matéria-prima utilizada no processo produtivo e não da impropriedade da norma³³³. As relações tensas entre Estado e agentes econômicos pareceram serenar após a indicação, nas funções de confiança da Diretoria Nacional de Vigilância Sanitária, de funcionários igualmente de confiança da indústria.

A notícia da liberação do preço dos remédios, mesmo ressalvado o fato de que 378 deles ainda ficariam sob controle do governo foi apoiada pela Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica - ABIFARMA³³⁴. Entretanto, a apreensão de

³³¹ Diário Catarinense, 14/04/87, p. 15.

³³² ROZENFELD, Sueli. As atribuições da Vigilância Sanitária de Medicamentos. *Saúde em Debate* n^o 19, set-out 87, pp. 54-55.

³³³ ALMEIDA, Waldemar. Legislação pode reduzir uso do SO₂ nos alimentos. *Saúde em Debate* n^o 19, set-out 87, pp. 90-91.

³³⁴ Diário Catarinense, 23/02/88, p. 16-17.

hemoderivados suspeitos de estarem contaminados pelo vírus da AIDS reacendeu a polêmica do controle do Estado sobre a indústria farmacêutica, agora vinculada aos aspectos éticos e morais vinculados com a produção e a qualidade dos produtos colocados no mercado. Neste caso, o Ministro da Saúde Borges da Silveira rapidamente saiu em defesa da indústria acusada de imprudência, afirmando que o Laboratório não seria punido, mesmo reconhecendo a negligência da empresa em utilizar sangue de má qualidade. Neste caso a justificativa pública foi a de que a indústria não teria responsabilidade sobre os remédios contaminados, já que os lotes apreendidos, de 1984 e 1985, eram anteriores à legislação que obrigava aos testes. A decisão do Ministério repercutiu nacionalmente, uma vez que a denúncia já havia sido feita há dois anos pelo Instituto Nacional do Câncer. Outras denúncias apontaram a origem dos doadores utilizados pelas multinacionais produtoras de hemoderivados (em geral mendigos, prostitutas e viciados), como responsáveis pela contaminação³³⁵.

O caso é emblemático para mais uma vez apresentar uma situação-limite na qual o poder institucional foi utilizado para cancelar uma decisão parcial, ao arrepio da lei, beneficiando mais uma vez o agente econômico. A interpretação deste episódio, mais uma vez, leva à identificação dos suportes ideológicos da ação e da justificativa do gestor público para a movimentação das engrenagens seletivas, configurando o funcionamento permanente dos filtros seletivos de que fala Offe. A situação relatada é potente também para ilustrar a práxis do Estado, base de aplicação da teoria que orienta este trabalho, que redefine no concreto, cotidianamente, os limites de sua própria atuação, fora dos quais ele não atua de forma nenhuma, inclusive desconhecendo a lei, distorcendo-a ou interpretando-a parcialmente para garantir o respeito àquela linha demarcada que protege o espaço privativo das relações econômicas privilegiadas.

Finalmente, editorial do Diário Catarinense de 11 de março de 1988, em torno deste assunto afirmou que "sangue é vida e não pode ser considerado mercadoria comum", sob o argumento de que "se todo e qualquer empreendimento privado deve curvar-se a imperativos éticos, com muito maior razão devem a eles se curvar os bancos de sangue". No caso da indústria de hemoderivados, os imperativos éticos não passaram de cortina ideológica para tornar menos visíveis os interesses mercantis habituais a qualquer relação de mercado. A afirmação do editor, a par de atender a esses interesses bem nítidos, deixou duas alternativas de interpretação: foi ingênua ou mal intencionada, mas de qualquer modo serviu aos fins a que se propôs: tornar aceitável e digna a instalação do mercado de bens e serviços de saúde, mesmo que "curvado aos princípios éticos", o que com certeza não afetou o lucro dos agentes econômicos detentores dos meios de produção daqueles bens, transformando-se em

³³⁵ Diário Catarinense, 27/02/88, p. 3.

custos e sendo embutidos ao preço da mercadoria. Permanecendo a dinâmica flagrada nos casos apresentados, é lógico presumir-se que "os princípios éticos" serão ignorados sobre a certeza de que os mecanismos de seleção incorporados ao funcionamento do Estado manterão o espaço de acumulação em sua habitual situação de região vedada à ação do poder público sob qualquer justificativa. Além disso, os princípios éticos tem baixo valor no mercado, não sendo interessantes à indústria, conforme se verá no próximo capítulo.

12. HEGEMONIZAÇÃO DO DISCURSO NEOLIBERAL E SUAS REPERCUSSÕES NO SETOR SAÚDE: SELETIVIDADE IDEOLÓGICA

O presente capítulo tem como objetivo a discussão dos conflitos identificados no desenrolar do processo de implantação do SUS em Santa Catarina privilegiando especialmente as suas conotações no plano ideológico, entendido aqui como a "relação imaginária dos indivíduos com suas condições reais de existência"³³⁶. A ideologia corresponde a um toldamento, a uma cortina que borra a percepção perfeita da realidade existencial objetiva das pessoas e/ou grupos sociais, que passam a assumi-la e interpretá-la a partir de nexos e valores não totalmente correspondentes a esta realidade. Inerente á ideologia, portanto, está a necessária ignorância da realidade que a ideologia representa, sendo esta realidade, em última instância, a reprodução das relações de produção e das relações que dela derivam.³³⁷

A apresentação dos processos ideológicos selecionados da análise da história de implantação do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina foi feita a partir da busca sistemática de deslocamentos entre o discurso e a prática dos atores sociais setoriais com a identificação de inconsistências entre significantes (palavras) e seu significado explícito. Da mesma forma, o plano das idéias foi cotejado com o plano da realidade e as diferenças encontradas foram analisadas à luz da teoria que orientou este trabalho.

O capítulo privilegiou especialmente a análise mais detalhada da luta mais geral que se travava pela hegemonia setorial no decorrer do período estudado, e que colocou de um lado um projeto publicista de caráter social-democrata que exigia a saúde como direito da cidadania, e de outro uma proposta de inspiração liberal que reclamava espaços de mercado para a produção e consumo de serviços de saúde. A constatação da derrota do projeto do SUS se fez evidente pelo crescimento imprevisivelmente acelerado das formas mercantis de cobertura de necessidades de saúde - os "seguros-saúde" no período estudado.

³³⁶ ALTHUSSER, Louis. *Lenin and Philosophy and other essays*. New York: Monthly Review Press, 1971, p. 153, apud CARNOY, Martín. *Estado e Teoria Política*. Campinas (SP), Papyrus, 1988, p.121.

³³⁷ Idem, p. 170, *ibidem*, p. 123.

12.1. "Co-gestão": a reforma sanitária catarinense.

Introduzindo a questão específica da manipulação ideológica que permanentemente permeia as relações sociais, vale a pena discutir um detalhe do processo de construção do SUS no estado. No país inteiro, a luta pela transformação setorial foi referida como reforma sanitária, ações integradas de saúde, sistema único de saúde ou outro significativo que explicitava com clareza a natureza do processo em questão. Em Santa Catarina, por motivos que vale a pena discutir, o processo de construção do SUS foi tratado de forma original. A expressão que sintetizou quase unanimemente a reforma sanitária no estado, especialmente no espaço setorial, e por extensão na imprensa, foi a palavra "*co-gestão*".

O entendimento do que significava o termo *co-gestão* pode ser útil para que se possa tentar esclarecer o porquê desta peculiaridade, que certamente correspondeu, no imaginário dos atores sociais setoriais, a alguma necessidade concreta relacionada com a reprodução das relações de produção que se davam na área da saúde, especialmente no período em que ainda cabia uma definição do estado com relação à proposta federal de descentralizar os serviços de saúde.

O termo *co-gestão* foi um termo originado nas propostas de racionalização indicadas pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP³³⁸, que através do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social³³⁹, produziu, entre outras propostas de cunho racionalizador, um processo mais amplo que pode ser decodificado como orientado para a integração das ações de saúde.³⁴⁰

Entre os projetos implementados de forma mais rápida, o Plano de Racionalização Ambulatorial, que objetivava organizar a rede assistencial básica de forma a diminuir a pressão sobre a rede hospitalar apresentou desdobramentos imediatos, entre eles as Ações Integradas de Saúde - AIS. O convênio AIS assinado pelo estado no início de 1986³⁴¹ abriu a possibilidade, entre outras formas de alocação de recursos através do Ministério da Previdência e Assistência Social/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social ao estado, da "*co-gestão de hospitais públicos, de acordo com a Resolução CIPLAN nº 21/83, adaptada às AIS*"(grifo nosso)³⁴². Esta foi a origem da introdução do termo em Santa Catarina: era uma forma de financiamento hospitalar com recursos da previdência social, dirigida a hospitais públicos.

³³⁸ Decreto no 86.329 de 2/09/81

³³⁹ Portaria MPAS no 3062 de 23/08/82

³⁴⁰ As justificativas para a instalação do Conselho e o próprio desdobramento do Plano CONASP podem ser entendidas em suas articulações mais amplas em capítulo anterior.

³⁴¹ Convênio no 5/86 publicado no D.O.U. no 35 de 21/02/86

³⁴² Op. cit., Sub-Cláusula Terceira, item IV.

No início de 1987, com o novo governo em situação financeira crítica, o Superintendente Regional do INAMPS indicou a co-gestão para a Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS como possibilidade de injeção de recursos na Fundação Hospitalar, tendo como seus desdobramentos a realização de discussões com diretores de Unidades Hospitalares e viagem de servidores da Superintendência para o estado do Pará para avaliação de experiências em andamento naquela unidade da federação.

Além da firme resistência das lideranças médicas da Fundação Hospitalar contra a co-gestão, parece ter havido pouco interesse da própria previdência em desenvolver o projeto, tendo em vista a perspectiva iminente da assinatura do Convênio SUDS, que tratava a questão do financiamento de forma mais abrangente.

Além disso, o caráter privado da Fundação Hospitalar já a fazia beneficiária privilegiada dos recursos transferidos pela previdência social, já que a mesma possuía contratos e convênios de prestação de serviços indistinguíveis dos que regiam a relação dos hospitais privados com o INAMPS além da cobertura do Tesouro Estadual para a maioria dos seus gastos. O cotejo dos termos da proposta de co-gestão em relação ao *status* conseguido pelas unidades hospitalares públicas do estado tornava a co-gestão pouco atrativa para o estado, ao mesmo tempo em que colocava em risco os mecanismos já tradicionais de dupla remuneração dos procedimentos médicos ali instituídos. Estes mecanismos garantiam (e continuam em vigência) para os médicos que exerciam atividades na Fundação, além do salário de servidor público, o pró-labore correspondente a todo o ato ou procedimento remunerável pelas tabelas vigentes. A situação descrita explicitava mais uma forma de apropriação privada de receitas públicas.

A questão que permanece em aberto, entretanto, é porque o processo de implantação do Sistema Único de Saúde no estado foi incorporado a este significativo tão impróprio e descolocado do real significado do processo em desdobramento em nível nacional e mesmo regional ?

Entre as hipóteses explicativas para tal situação, as seguintes parecem mais pertinentes:

1. o termo "*co-gestão*" carregava enorme carga de resistência no interior da FHSC, tendo sido aplicado a todo o processo por grupos conservadores vinculados à própria Fundação. Esta resignificação do termo acabou garantindo contra o processo mais amplo da reforma a posição de grupos que de fato se colocavam apenas contra a perda imediata de privilégios dentro da instituição, sendo indiferentes ou mesmo favoráveis ao processo em seu sentido mais geral.

2. o termo foi utilizado pela burocracia da Superintendência Regional do INAMPS, que manejava os instrumentos jurídicos convenientes a ele vinculado de

forma mais desenvolvida e segura, garantindo por esta via domínio e controle sobre outros grupos técnicos institucionais em um momento de choque entre culturas e práticas burocráticas diversas.

3. o termo carregava vários significados que faziam sentido para os gestores estaduais, mesmo que este sentido não fosse necessariamente o mesmo para cada um:

3.a. os detentores de funções executivas na Superintendência Regional do INAMPS viam o termo como uma forma de manter aberta a perspectiva de uma gestão conjunta, que aproveitasse as suas experiências como dirigentes da instituição dominante que tinha se autodeterminado à extinção.

3.b. os dirigentes estaduais da Secretaria Estadual da Saúde valorizavam no termo a perspectiva de que a previdência poderia transferir recursos para que o estado os gerisse como bem lhe aprouvesse. Esta era a co-gestão ideal para o Secretário Martinho Ghizzo, várias vezes explicitada entre seus subordinados e mesmo para a imprensa, conforme colocações já citadas em outro capítulo do presente trabalho.

Coincidência ou não, o uso de um termo de conotação tão restrita para um processo de dimensões sociais tão amplas resultou de fato na implementação de uma reforma sanitária mais parecida com um rearranjo administrativo do que com a transformação social sonhada pelos seus idealizadores. Exatamente o sentido do termo *co-gestão*.

12.2. Hegemonia do discurso liberal: a universalização excludente.

A discussão ampla da reforma sanitária e de seus princípios equalizadores em relação ao direito à saúde, apesar da adesão ampla de muitos segmentos sociais, não conseguiu substituir a forma hegemônica de pensar a sociedade, e que se incorporava no imaginário social especialmente a partir de sua veiculação pela mídia. O editorial do Jornal Diário Catarinense de 23/04/87³⁴³ foi um bom exemplo deste fato. Ao mesmo tempo em que elogiava a proposta do SUS, sintetizando o conjunto das informações veiculadas pela imprensa durante a semana, posicionou-se favoravelmente em relação a uma proposta relativa à organização do sistema de saúde no Brasil: "hospitais e clínicas aos que podem pagar; instituições filantrópicas para os que não podem pagar a Previdência e o INAMPS para os que pagam".³⁴⁴ O texto, utilizando de forma enviesada palavras como cidadania, direitos e responsabilidade pública - todas elas originalmente vinculadas à equidade, propôs contraditoriamente um sistema caracterizado pela iniquidade.

³⁴³ Diário Catarinense, 23/04/87, p. 4.

³⁴⁴ Idem, ibidem.

É interessante analisar a defesa de tal proposta, francamente favorável a uma assistência médica segmentada, em um contexto político-social no qual a redemocratização, a conquista da cidadania e a reforma do Estado especificamente na área da saúde convergiam para o projeto da Reforma Sanitária, o seu oposto.

Inicialmente, o fato indica o espaço setorial como um espaço permanente de conflito, apesar da predominância dos discursos "despolitizados" e ideologicamente vinculados ao deslocamento sistemático da questão saúde da arena dos interesses individuais e de grupos para abstrai-la em um espaço idealizado e sacralizado no qual a mesma se coloca livre das contradições evidentes que assume ao nível concreto da existência das pessoas.

A interpretação de tal discurso, por outro lado, que explicitava uma proposta suportada por valores sociais bem definidos, é de que o mesmo marcou a apresentação de um outro projeto setorial contrário ao da reforma sanitária, projeto este que representava a posição hegemônica que se internalizava no interior da sociedade, colocando-se a *mídia*, neste caso, como porta-voz de uma proposta de organização da sociedade já naquele momento compartilhada por amplos segmentos sociais.

O alinhamento desta proposta com as propostas políticas neoliberais não escondia o seu forte caráter ideológico, ao mesmo tempo em que revelava uma característica particular dos tempos de crise: os conceitos utilizados pelas pessoas (no caso a imprensa) passam a ter novos sentidos, "quebrando-se" a relação até então existente entre significante e significado. Os conceitos veiculados pelos grupos setoriais dominantes mas naquele momento com sua hegemonia em cheque pelo avanço do projeto publicista, efetivaram-se como novas representações no imaginário social, re-significando os conceitos em crise. Hegemonia, neste contexto, não tem outro sentido senão o papel de significar a capacidade de transferência, para toda a sociedade, dos valores de apenas parte dela, produzindo com isto conformidade e aceitação da posição dirigente e dominante daquele grupo no espaço social.³⁴⁵

A proposta do editorialista, neste sentido, em tudo se adequa ao conceito de "*universalização excludente*" formulado por Favaret Filho e Oliveira³⁴⁶, e que sintetiza o fenômeno observado no período de interesse desta pesquisa, caracterizado pela migração da classe média e dos trabalhadores com maior poder de barganha em negociações coletivas de trabalho, e até então cobertos pelo sistema público de saúde, para sistemas de assistência médica privada supletiva. Este fenômeno tornou-se central para o entendimento da reorganização setorial ocorrida nos anos oitenta,

³⁴⁵ Para o aprofundamento do conceito de hegemonia em Gramsci, ver CARNOY, Martin. **Estado e Teoria Política**. Campinas, Papirus, 1988. pp. 93-108.

³⁴⁶ FAVARET FO, Paulo e OLIVEIRA, Pedro. **A Universalização Excludente: Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde**. Rio de Janeiro, UFRJ/IEI, 1989.

paradoxalmente observada ao mesmo tempo em que se disseminava na sociedade o discurso da universalidade da atenção e da saúde entendida como direito da cidadania a ser obrigatoriamente provisionado pelo Estado.

Durante o governo autoritário-burocrático, a atuação do Estado em relação às políticas sociais tinha se pautado, quanto à absorção de demandas subalternas, pela prática da "*cidadania regulada*"³⁴⁷. Este mecanismo de seleção pode ser entendido como vinculado à produção ativa de consenso social e legitimação do poder arbitrário, através da incorporação de grupos sociais a serem contemplados com o consumo, mesmo que iníquo, dos bens e serviços providos aos incluídos como beneficiários da Previdência Social. Este consumo, neste período, mimetizou no imaginário social o gozo pleno dos direitos da "cidadania". A regulação da cidadania, de fato

"... se orienta pela diferenciação de categorias de trabalhadores em relação à pauta de benefícios a que cada uma tem acesso, quase sempre estabelecidos por uma relação contratual e mantendo uma proporção com as contribuições realizadas pelo trabalhador e não pelos princípios da universalização e garantia de um mínimo vital. Neste tipo de sistema, as políticas sociais funcionam como mecanismo de preservação das desigualdades de mercado, sendo os benefícios concedidos a certas frações da classe trabalhadora caracterizados como privilégios e não como direitos universais de cidadania"³⁴⁸.

O desenvolvimento desse modelo de cidadania se fez por movimentos de expansão vertical e horizontal, balizando a forma-limite de representação de interesses reconhecida pelo Estado para a interlocução e o atendimento de demandas subalternas: a organização corporativa. O Estado ampliou, através do mecanismo da cidadania regulada, em um só movimento, a sua base de hegemonia, desorganizando por um lado a possibilidade da emergência de demandas de classe, e por outro desfocalizando a luta por questões de interesse geral da sociedade - o caso das conquistas sociais vinculadas à constituição da cidadania já ocorrido em países capitalistas centrais. Santos³⁴⁹ incluiu este tipo de processo como característico das sociedades latino-americanas, marcadas por processos de acumulação capitalista retardatários e dependentes.

O fenômeno da *universalização excludente*³⁵⁰, mais recente, também parece expressão do mesmo processo de cidadania regulada recém descrito. A sua expressão, entretanto, em vista da realidade concreta dos sistemas públicos de saúde e dos

³⁴⁷ SANTOS, W. G.. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro, Campus, 1987.

³⁴⁸ TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre a democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO, 1989, p. 23.

³⁴⁹ SANTOS, W. G. op cit.

³⁵⁰ FAVARET FILHO e OLIVEIRA, P.J. Op cit.

pilares neoliberais que se fundamentavam no interior da sociedade, partiu neste caso da reinterpretação livre da população usuária de seus serviços. O entendimento da universalização do acesso, aos serviços de saúde, para as camadas médias da sociedade, à vista da realidade sentida e divulgada pelos meios de comunicação, foi de que a mesma não era de fato inclusiva, mas excludente. Desde meados dos anos oitenta, na verdade, as repetidas crises políticas, administrativas e financeiras provocadas inclusive pelo processo de descentralização vinculado às transformações operadas pelo movimento sanitário em seu *locus* de poder institucional, produziam como efeito adverso a queda da qualidade dos serviços. Este fenômeno, causado por solução de continuidade associada à operacionalização deste processo, foi agravado pelo racionamento natural produzido pelo impacto causado pelo acesso universalizado de grupos sociais até então excluídos do consumo dos serviços de saúde oferecidos pela rede pública e não redimensionados para tal. Os grupos mais autônomos em relação à possibilidade de assumirem o consumo de serviços de saúde de forma direta ou através da transferência deste ônus para negociações e dissídios de trabalho, assim o fizeram, garantindo o significativo crescimento do sistema de assistência médica supletiva - os "seguros-saúde"³⁵¹.

O conflito entre uma proposta de resgate da cidadania, defendida por grupos publicistas unificados em torno dos princípios da reforma sanitária por um lado, e a defesa intransigente da regulação de todos os bens e serviços sociais pelos mecanismos de mercado por grupos privatistas tornou-se neste período o assunto relacionado com a organização dos serviços de saúde mais explorado pela mídia que, assumindo o papel de porta-voz do discurso neoliberal, questionava sistematicamente as propostas que não se colocavam nesta linha. Exemplo da posição assumida pela imprensa nesta questão foi a resposta editorial - em tom de ameaça - do Diário Catarinense à sugestão da Presidente da Central de Medicamentos à Subcomissão de Saúde, Seguridade Social e Meio Ambiente da Assembléia Constituinte, que recomendava a nacionalização do setor químico-farmacêutico do país: a sociedade aceitaria a defesa do Estado como incentivador da pesquisa mas não a sua intervenção na economia. "Esta verdade serve também para a saúde".³⁵²

A hegemonização do discurso neoliberal e a sua gradativa incorporação ao discurso dos grupos privados ainda fragilizados pela crise da previdência social exacerbou os discursos e reforçou as posições desregulamentadoras em relação ao Estado. Do lado dos publicistas, o Presidente da Fundação Osvaldo Cruz, Sérgio

³⁵¹ CONILL, Eleonor Minho. **Modelo Assistencial Brasileiro: Sistema Único ou Sistema Múltiplo de Saúde ? Considerações sobre a emergência e a evolução do Seguro-saúde privado no Brasil**, trabalho apresentado como requisito para concurso ao Depto. de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, Rio de Janeiro, 03/93 (mimeo).

³⁵² Diário Catarinense, 02/05/87, p. 4.

Arouca, acusou o governo de atrasar a Reforma³⁵³, enquanto o Presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro, encaminhava decreto à Presidência da República criando o Fundo Nacional de Saúde, a ser utilizado na unificação dos serviços de saúde. A Presidência do INAMPS, a esta época, dava sinais de fadiga na luta prolongada que mantinha com os interesses empresariais detentores de serviços hospitalares em torno da repactuação dos contratos de prestação de serviços ao órgão. A defesa de um contrato de direito público que deixasse bem definida a obrigação das partes e o caráter público dos serviços produzidos uniu monoliticamente os hospitais contratados, que se negaram a assinar seus novos termos ameaçando locaute generalizado e descredenciamento em massa do sistema previdenciário. As práticas de pressão utilizadas pelos segmentos empresariais ligados ao setor saúde para fazer valer seus interesses, e que incorporaram neste período técnicas de chantagem, desabastecimento, sonegação de serviços e ameaças variadas mais próximas da ação terrorista do que da ação social, foram aceitas pelo conjunto da sociedade com surpreendente passividade, já identificadas com o modelo reducionista mas de fácil absorção de que o setor público não funcionava e seria melhor gerido se entregue à iniciativa empresarial. Muitas vezes a população, aceitando os argumentos contábeis das justificativas que defendiam a redução do Estado e, portanto, do espaço público, chegou a aliar-se com estes interesses, deixando claro que, mais do que a acusação de anomia que preenchia o cotidiano social, o silêncio da sociedade tinha características de adesão ao discurso difundido pelos interesses privatistas.

Os múltiplos interesses que se colocaram em torno do tema da saúde neste período tentavam, via mídia, induzir a opinião pública a tomar posição em relação às propostas colocadas ao seu julgamento. Representantes de grupos e facções político-partidárias diversas, com o objetivo de sensibilizar a sociedade com relação às propostas em discussão ao nível do Congresso Constituinte, dirigiam seus esforços para o espaço privilegiado do Congresso, onde a democracia representativa definia, em nome da sociedade, as leis maiores do país. A posição do Deputado Eduardo Jorge, do Partido dos Trabalhadores, nesse sentido, era pela socialização do setor. O deputado Almir Gabriel, do PMDB, indicava o caminho da transformação a partir da mobilização da população para este objetivo.

Tentando incluir a população como ator social a favor da Reforma Sanitária, o INAMPS investiu neste período na produção e distribuição de cartilhas aos segurados do órgão, explicando seus direitos. No mesmo sentido, após assinados os primeiros convênios do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, o Ministério da Previdência e Assistência Social montou campanha publicitária de abrangência nacional, em matéria de página inteira, intitulada "A GRANDE

³⁵³ Diário Catarinense, 02/05/87, p. 15.

TRANSFORMAÇÃO DA SAÚDE JÁ COMEÇOU"³⁵⁴, dando conta da natureza e da abrangência dos processos de mudança patrocinados pelo órgão: Descentralização com estadualização e municipalização dos serviços de saúde; Investimentos nos hospitais e postos de assistência médica do INAMPS; Convênios especiais com hospitais filantrópicos e com hospitais universitários e de ensino; Programas de aperfeiçoamento técnico para o corpo funcional da previdência; Ações específicas para o enfrentamento da AIDS, privilegiando atividades preventivas e a criação de formas de financiamento e acesso dos doentes ao atendimento ambulatorial e hospitalar na rede pública. A publicidade reforçava o esforço da Previdência no resgate da dívida social acumulada nos anos autoritários. O Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, capitalizando as ações empreendidas pelo INAMPS a favor da descentralização do setor saúde, pareceu iniciar, com a campanha descrita acima, um jogo pesado para informar a população sobre o conteúdo das mudanças institucionais em discussão na área da previdência social³⁵⁵.

No mesmo sentido foi a proposta de organização da população para garantia da saúde feita pelo organizador do 5º Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho realizado em Florianópolis: "O trabalhador deve questionar. Ou ele briga pela sua própria saúde ou vai ficar à margem desse bem."³⁵⁶ Muitas outras manifestações de categorias profissionais em conclaves realizados neste período no estado também passaram a posicionar-se não apenas em relação aos temas técnicos do exercício profissional mas também em torno do tema da reforma setorial, acrescentando ao cenário político a manifestação de novos grupos de interesse, amplificando ainda mais o debate em torno da reforma do setor saúde.

Em nível nacional, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária presidida pelo Presidente da Fundação Osvaldo Cruz, Sérgio Arouca, divulgou nesta época a informação de que a Comissão tinha concluído a redação do capítulo da Saúde para discussão pelo Congresso Constituinte. O projeto, com seis artigos, "garante aos cidadãos o direito à saúde."³⁵⁷

Entretanto, as fissuras e a heterogeneidade da prática político-administrativa do governo federal foram se tornando gradualmente mais visíveis pelas notícias de que outros órgãos federais programavam e vinham realizando ações isoladas, de cunho clientelista e mesmo conflitantes com as propostas do movimento sanitário.

Explicitava-se ao nível das práticas de intervenção governamental a permanência de práticas contraditórias e pendulares que assumiam a um só tempo propostas e ações vinculadas à uma reorientação do Estado em sentido profundo,

³⁵⁴ Diário Catarinense, 02/06/87, p. 5.

³⁵⁵ Diário Catarinense, 10/05/87, p. 17.

³⁵⁶ Diário Catarinense, 26/04/87, p. ?

³⁵⁷ Diário Catarinense, 28/03/87, p. 14.

recuperando mesmo o sentido da cidadania - caso da garantia do direito à saúde - e a execução de propostas assistencialistas que incorporavam a lógica clientelista como padrão de atuação da máquina pública.³⁵⁸

Entre outras causas já destacadas neste trabalho, o conflito aqui identificado tinha origem também na ausência de unidade na condução da proposta política que permeava o aparelho de Estado neste período. A Nova República, como frente política heterogênea e descoordenada evidenciava diferentes discursos e diferentes propósitos, freqüentemente conflitantes e de natureza incompatível entre si. As forças dominantes do aparelho de Estado continuavam sendo, ainda e sem dúvida conservadoras.

12.3. Perfil do projeto neoliberal: o antecedente dos cuidados primários de saúde.

Ao projeto publicista da reforma sanitária, por exemplo, amalgamado em torno de concepções histórico-estruturais e sociais-democratas, no próprio seio do Estado se contrapunha um projeto de inspiração neoliberal, modelado em experiências político-administrativas em plena execução na Inglaterra e Estados Unidos e que se caracterizava, na área das políticas sociais, por um processo de ajuste restritivo implementado através de três estratégias fundamentais:³⁵⁹

1. a *privatização* de serviços até então assumidos pelo Estado, remetendo a maioria deles a uma regulação via mercado. Esta prática em geral foi viabilizada por subsídios diretos ou indiretos de recursos públicos para a iniciativa privada, reforçando mecanismos preexistentes já incorporados na cultura administrativa a partir de moldes patrimonialistas;

2. a *descentralização*, justificada como uma aproximação entre a ação governamental e o beneficiário das mesmas, aumentando a eficácia e a eficiência dos gastos sociais. A descentralização no contexto do ajuste preconizado pelas políticas neoliberais, entretanto, não escondeu o objetivo imediato da redução do tamanho do Estado, possivelmente beneficiando-se da própria turbulência produzida pelo processo de descentralização, pelo previsível desgaste da máquina pública e da solução de continuidade observada na execução das ações em decorrência das transferências de competências e do tempo de carência exigido para a adaptação das estruturas e das clientelas às mudanças administrativas dela decorrentes;

³⁵⁸ Diário Catarinense, 30/03/87, p. 19.

³⁵⁹ ISUANI, A.E. Crisis, estado y opciones de política social. Campinas, Reunión sobre Estado, economía y salud, mimeo, 1990, apud MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** Hucitec/Abrasco, São Paulo, 1993. p 50.

3. a *focalização*, defendida pelos neoliberais a partir do diagnóstico de que as políticas sociais mais gerais são normalmente ineficientes. A estratégia da focalização, dirigindo recursos para os grupos mais carentes, garantiria segundo a cartilha liberal melhor possibilidade de impacto aos recursos destinados a programas sociais. Como bem salienta Mendes³⁶⁰, a pequena força política desses grupos sociais associada à insensibilidade das políticas neoliberais com relação aos grupos sociais marginalizados fazem dessas políticas sociais uma nova forma de filantropia, uma neofilantropia. No caso da saúde, a focalização tem sido estratégia frequentemente associada com propostas de saúde primária seletiva, em geral articuladas com práticas médicas simplificadas ou com projetos de sobrevivência de grupos de risco.

É importante considerar também as formas normalmente encontradas pelo Estado em relação à absorção de demandas de acordo com a conjuntura por ele enfrentada. Em conjunturas favoráveis de crescimento econômico, normalmente o que ocorre é a assimilação de demandas com expansão dos benefícios e dos serviços no setor social. Nos períodos de crise, normalmente o Estado atua através da instituição de políticas sociais compensatórias, uma forma alternativa encontrada pelo aparelho estatal para resolver a contradição existente entre as exigências de legitimação e de geração de consenso por um lado e a retração das fontes de financiamento disponíveis para o seu financiamento por outro. Estas políticas, dirigidas a contingentes não integrados ao processo de desenvolvimento, na verdade reconhecem a existência de vários padrões de cidadania, oferecendo políticas de perpetuação da desigualdade sob o manto das ações de assistência social³⁶¹.

O caso da atenção primária em saúde, neste sentido, foi típico deste movimento. Incorporada aos propósitos de ação setorial desde os anos sessenta³⁶², este tipo de prática foi desenvolvida como projeto pelas agências internacionais (Organização Mundial da Saúde - OMS, Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS) como solução ideal para qualquer situação, ferindo a evidência das profundas diferenças culturais, sociais e econômicas que caracterizavam o espaço latino-americano. Da mesma forma, as propostas de atenção primária foram produzidas sob

³⁶⁰ MENDES, Eugenio Vilaça. op cit. p. 51.

³⁶¹ MENDES, Eugênio Vilaça. op cit. p. 26.

³⁶² Na Reunião dos Chefes de Estado em Punta del Este, Uruguai, em 1963, a necessidade de melhoria das condições de saúde da população rural dos países da região incluiu, sob a justificativa da incorporação das áreas rurais ao processo de desenvolvimento sócio-econômico da América Latina, as bases para a expansão de serviços nestas áreas. Informes e publicações da Organização Mundial da Saúde e da Organização Panamericana de Saúde, a partir daí, deram o eixo operativo para este projeto, preconizando a organização de serviços simplificados, de menor incorporação tecnológica, de menor custo mas principalmente estruturados para o enfrentamento de causas explicadas teoricamente de forma bastante reduzida. Assim, a explosão demográfica é "impedimento para o desenvolvimento", por causar a expulsão do homem do campo e interferir no acesso à posse da terra, entre outras relações de causa-efeito pouco estruturadas.

o marco do planejamento normativo, hipervalorizando parâmetros e outros indicadores de cobertura técnica que desconsideravam sistematicamente as necessidades reais da população.

A atenção primária em saúde esboçou-se como estratégia concreta de extensão de cobertura e de desenvolvimento institucional a partir da Conferência Internacional de Atenção Primária de Saúde realizada em Alma-Ata em setembro de 1978, na União Soviética, sob o patrocínio da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Ficou patente, entretanto, mesmo nesta forma mais acabada de proposta, um embasamento funcionalista, uma compreensão ecológica do processo saúde-doença e, o mais grave, uma instrumentalização grosseira da participação social, entendida como uma possibilidade de diluição da responsabilidade estatal pela transferência paulatina de suas responsabilidades para grupos ou pessoas. Neste sentido, as propostas assistenciais de focalização retomadas com o avanço das propostas neoliberais recuperaram, com nova apresentação, o já esgotado espírito das propostas de cuidados primários dos anos sessenta. Neste novo velho arranjo, os grupos com maior possibilidade sócio-econômica permanecerão sob atenção de subsistemas públicos ou privados organizados para este fim. Certos grupos sociais (leia-se marginais), entretanto, após reciclagem e apropriação de tecnologias adequadas, se auto-responsabilizariam pela atenção dos seus iguais³⁶³. Cristaliza-se a perpetuação das desigualdades, com o agravante de que o modelo proposto é essencialmente regressivo, pois os diversos subsistemas com diferentes padrões de oferta tem seus custos distribuídos universalmente mas seus benefícios distribuídos de forma discricionária e segmentada.

Testa³⁶⁴, colocando o tema da atenção primária à saúde, indica que a análise destas propostas deve se dar a partir do sistema de saúde que as abriga. A atenção primária de saúde implementada de forma isolada representaria, quase sempre, a prática de sistemas diferenciados para diferentes clientela, ao mesmo tempo em que são soluções que se compatibilizam muito bem com as propostas de retração dos gastos sociais.

12.4. O sistema de saúde hegemônico.

Sob esta ótica de análise, não causou estranheza a repercussão da crise fiscal e de certa forma também a incorporação do ideário neoliberal na condução das

³⁶³ CANTILLANO, Eyda Maria Camacho. Análise crítica da conceituação predominante sobre atenção médica primária. In: NUNES, E. D.(org). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global, 1983. pp. 181-205.

³⁶⁴ TESTA, Mario. Atención ¿ primaria o primitiva ? de salud. In: *Pensar in Salud*. CESS/AMR, Caracas, Buenos Aires, Rio de Janeiro, 1986, (mimeo). pp 125-137.

políticas públicas que começavam a se fazer concretas na prática administrativa do Estado, com repercussões evidentes sobre o setor saúde. Em nível federal, inicialmente noticiou-se que os cortes no Orçamento Geral da União para 1989 comprometeriam e atrasariam a implantação do SUDS. O Programa de Implantação e Organização dos Serviços de Saúde, responsável pelos recursos de infra-estrutura do SUDS e "eixo principal de toda a proposta da Reforma Sanitária" foi o mais atingido pelo corte global de 5% imposto ao orçamento, sendo que os programas de capacitação de recursos humanos e o de operação de laboratórios oficiais, inclusive a produção de medicamentos, também acabaram sendo abalados.³⁶⁵

As freqüentes denúncias de sucateamento da rede de serviços públicos de saúde secundárias à nova política de desmonte do SUDS produzida no nível federal, podem também ser colocadas tanto no plano da realidade quanto no plano ideológico, neste período, como causas concorrentes para o crescimento significativo das formas de seguro-saúde oferecidas por organizações privadas, em geral vinculadas aos grandes grupos financeiros do país.

A expansão destas modalidades de cobertura de riscos de saúde mediadas pelo mercado, caracterizou em última instância a aceitação de um duplo pagamento pelos que delas se serviram, já que a garantia de acesso aos serviços de saúde já estava inscrita na Constituição como direito de cidadania e responsabilidade do Estado³⁶⁶. O acesso concreto aos recursos necessários à satisfação de suas necessidades, no entanto, obrigou a cada um individualmente buscar e assumir o ônus pelo uso desses serviços através destas novas modalidades de assistência supletiva, constituindo-se esta migração uma das contradições mais profundas observadas neste período, e cuja ocorrência não pode se desvincular da própria implantação do SUDS. Neste sentido, o discurso da universalização do acesso e a produção de um único sistema de saúde público e igualitário concretizou na prática o seu oposto: a implantação de um sistema paralelo de saúde, privado e discricionário, acomodando parcela significativa da classe média insegura com a falta de garantias a partir das previsíveis soluções de continuidade produzidas pela condução ciclótica do

³⁶⁵ Diário Catarinense, 18/08/88, p. 8.

³⁶⁶ O artigo 196 da Constituição Federal inicia com a "marca" da proposta da reforma sanitária: "A saúde é um direito de todos e um dever do Estado".

processo de implantação do SUS e da absoluta desconexão entre a política formulada e os recursos para executá-la³⁶⁷.

Estimativas de empresas de consultoria empresarial dão conta que em torno de 31.000.000 de brasileiros estavam cobertos à esta época (1989) por formas de duplo-pagamento, mais do que duplicando este espaço de mercado em relação à sua configuração nos anos setenta, apresentando crescimento de 27,5% apenas em relação ao ano de 1987³⁶⁸. Entre as possíveis explicações para este fenômeno, a par das já apresentadas, encontra-se também a produção ativa, pelos interesses empresariais do complexo médico-industrial, de alternativas estratégicas dirigidas para a sobrevivência empresarial das inúmeras organizações vinculadas a processos de acumulação na área da saúde³⁶⁹, e que foram colocadas em cheque quando da perspectiva de implementação do projeto publicista para o setor com o advento da Nova República. Entretanto, o fato mais relevante parece ter sido a crise financeira da previdência social, que tornou imprevisível a continuidade do modelo médico-assistencial privatista na forma dependente como o mesmo tinha se organizado.

Os meios encontrados para a produção de um mercado que viabilizasse os interesses lucrativos setoriais da área supletiva tinham sido até então produzidos ativamente por políticas de transferência de recursos públicos para que estas organizações dessem cobertura a grupos de trabalhadores mais organizados. A origem deste segmento foram as Empresas de Medicina de Grupo, que se viabilizaram através de contratos firmados entre a previdência e empresas, que transferia a estas a responsabilidade direta ou indireta pela atenção médica a seus empregados. O financiamento destes serviços era produzido com a retenção de até dois por cento das contribuições previdenciárias pela própria empresa, que com uma contribuição direta e suplementar, contratava os serviços empresariais para a prestação de serviços de

³⁶⁷ Para um aprofundamento maior da questão específica do financiamento do SUS, ver CARVALHO, Gilson. O caos no financiamento da saúde... no fundo do poço, in *Cadernos da Nona*, Brasília, 1992, pp. 61-72; VIANNA, Solon M. et alli. O Financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios. Sumário executivo, *ibidem*; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento da saúde e a lei de custeio da seguridade social in *Saúde em Debate* nº 37, dez/92, pp. 20-25; MEDICI, André César e MARQUES, Rosa Maria. O processo orçamentário e a relação Executivo-Legislativo in *Saúde em Debate* nº 37, dez/92, pp. 31-35.

³⁶⁸ TOWERS, PERRIN, FORSTER and CROSBY. A evolução do mercado do seguro-saúde privado. Seminário "Assistência Médica nos anos 90", São Paulo, 03/90

³⁶⁹ O subsistema de atenção médica supletiva é composto por cinco modalidades assistenciais principais: a medicina de grupo, baseada em formas de pré-pagamento, tem 15.000.000 de assistidos, representando 41,3% do total do subsistema (entretanto, não apresentou crescimento entre 87 e 89); os sistemas próprios, orientados por formas de pós-pagamento, assistem 7.500.000 beneficiários (24,1% do total), tendo crescido 56% no período 87-89; o seguro-saúde, com 970.000 de assistidos (3%), com crescimento de 17,5% entre 87-89; as cooperativas médicas, baseadas no pré-pagamento e cobrindo 7.300.000 brasileiros (23,4%) e crescimento de 46% no biênio observado; finalmente os planos de administração, que cobrem apenas 400.000 pessoas (1,3%), tendo crescido 33% entre 87 e 89. MENDES, *Op. cit.*, CONILL, *Op. cit.*

saúde a seus trabalhadores, em geral concentrados nos pólos de desenvolvimento do país³⁷⁰. Estes contratos, chamados de pré-pagamento, operando paralelamente ao sistema público, mas dele dependente, em geral produziam estímulo à não produção de serviços, já que o montante disponível era fixo, sendo maior o lucro quanto menor a produção de serviços. Além disso, induziam a transferência dos casos complexos e de maior custo de tratamento para o sistema público, sendo impossível o controle desse artifício. Por último, vinculando o produtor de serviços de saúde a um contrato direto com o empresário, o trabalhador encontrou nestes serviços de saúde a sua face mais dura: a sua função de reprodução da força de trabalho com o menor prejuízo produtivo, deslocando o foco do ser humano em sofrimento para transformá-lo em insumo, em recurso renovável, em peça substituível no processo de produção do capital.

Parece evidente o salto qualitativo, em termos de autonomia e lucratividade, que ocorreu na natureza deste novo operar empresarial vinculado ao setor saúde. Enquanto o modelo médico assistencial privatista se caracterizava por ancorar-se em capital fixo subsidiado, reserva de mercado, baixo risco empresarial e pouca competitividade, a assistência médica empresarial supletiva autonomiza-se da dependência estatal, encontrando nas relações de mercado e em certo padrão de concorrência também uma adequação às necessidades da clientela que buscava cobertura fora do sistema público de saúde.

Na verdade, os grupos de interesse em torno do segmento de atenção médica supletiva parecem ter sido especialmente beneficiados na década de oitenta pela "liquidação da capacidade de regulação e arbitragem do poder político do Estado derivado da vontade soberana do povo"³⁷¹, fenômeno este produzido a partir da crise fiscal já comentada mas também da vitoriosa estratégia neoliberal de fragilização do papel reitor do Estado sobre a formulação de políticas (no caso específico, as políticas sociais) com nítida atrofia da sua função redistributiva.

12.5. A sombra do fracasso: um processo termina antes do fim ?

O protesto de trinta entidades paulistas ligadas ao setor saúde ocorrido em março de 1987, neste sentido, condenando a falta de ação governamental em relação à prometida reforma do sistema nacional de saúde com a descentralização dos recursos e melhor atendimento à população, indicava, indiretamente, o sentimento do

³⁷⁰ A medicina de grupo se expandiu no Brasil a partir da regulamentação dos convênios-empresa, (o embrião desta modalidade assistencial foi o contrato entre o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários - IAPI e a Volkswagen em 1964) atingindo em 1977, 4.699 convênios com cobertura de 10% da população previdenciária.

³⁷¹ MENDES, Eugênio Vilaça. Op. cit. p. 51.

movimento sanitário, que entendia estar na ausência do Estado na definição das políticas públicas no setor social um dos motivos do avanço de outras propostas em disputa pela hegemonia setorial neste período. O protesto enfatizou ter se passado um ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde sem qualquer decisão governamental, e serviu para mobilizar mais de 30.000 assinaturas para a entrega do Relatório Final da Conferência aos constituintes. Este fato inspirou o Editorial do DC de 21/03/87, que concluiu: "é preciso cobrar, cobrar com insistência. E pressionar com insistência".

Na mesma edição, notícia informava o teor do pronunciamento do Ministro da Previdência e Assistência Social, que denunciou movimento para desnacionalizar a assistência médico-hospitalar brasileira em favor da compra de seguros de saúde internacionais. Ao mesmo tempo, o Ministro garantiu que a Previdência não tinha qualquer intenção de estatizar os serviços de saúde contratados pela previdência social através da política de arrocho nas tabelas de pagamento, prometendo a reposição de perdas a partir de maio de 1987.

Algo que não se tornava claro neste período e que se constituiu em importante vantagem para o projeto neoliberal foi a incapacidade dos defensores da reforma sanitária perceberem a fratura que se dava no interior do bloco médico assistencial privatista, com a autonomização do seu segmento moderno - o seguro-saúde *latu sensu* e as "ilhas" de alta tecnologia, ficando o restante - o setor privado tradicional, a partir daí, definitivamente associado aos destinos do subsistema público. Neste sentido as ações e movimentos estratégicos esboçados a partir da estrutura da previdência pelos integrantes do movimento sanitário ali instalados sempre foi dirigida ao bloco privatista na suposição de que o mesmo ainda se comportava de forma monolítica.

Em Santa Catarina, uma prova disto foi a atuação da Superintendência Regional do INAMPS que, obedecendo a estas linhas de atuação coordenadas em nível federal, tentava contornar a reação de produtores de serviços contratados para prestação de assistência médico-hospitalar, negociando para impedir o descredenciamento de hospitais do interior, decididos a desligarem-se da previdência pela inconformidade em relação ao conteúdo do novo contrato de prestação de serviços proposto pelo órgão. Este movimento de afastamento da previdência foi, em muitos casos, o primeiro passo concreto para a autonomia do segmento "moderno" do subsistema privado contratado e/ou conveniado com a previdência social.

A acumulação de capital político pelo movimento sanitário até a consagração da proposta da reforma sanitária na VIIIª Conferência Nacional de Saúde tinha ficado evidente para todos. A ocupação de cargos na estrutura da previdência social vislumbrava o controle dos espaços de poder suficientes e necessários para que, a partir do interior do aparelho de Estado, se desse a

transformação das estruturas setoriais e mesmo das relações do Estado com a sociedade em um sentido mais amplo de transformação social³⁷².

Entretanto, outra questão que parece ter passado despercebido na avaliação dos atores sociais vinculados ao projeto da reforma sanitária, e que em síntese propunham a incorporação pelo Estado da responsabilidade de universalizar concretamente os direitos de cidadania e diminuir as desigualdades sociais, a par da falta de clareza da dinâmica dos atores sociais com projetos alternativos para o espaço setorial, foi a avaliação detalhada dos limites que se colocavam no cenário econômico e político do país.

Este pano de fundo de definição obrigatória para o entendimento da lógica que predominaria na inserção das políticas sociais na área da saúde, sem dúvida apontava para a existência e o agravamento acelerado de

"... uma crise fiscal e política do Estado que sinalizava o esgotamento de uma estratégia desenvolvimentista e da coalizão sócio-política que a sustentou durante seus longos anos de sucesso industrializante e fracasso social. Na verdade, os reformistas tentaram avançar gerindo instrumentos e impondo novas responsabilidades a um Estado já incapaz de reverter o quadro social gerado anteriormente e exponenciado pela crise".³⁷³

Neste quadro de estagnação econômica, inflação crônica e ingovernabilidade, a proposta política neoliberal que dava sentido ao projeto setorial dos atores sociais com ideário privativista foi gradativamente assumindo espaços concretos, paradoxalmente ao mesmo tempo em que a proposta da Reforma Sanitária parecia tornar-se o eixo discursivo para a transformação setorial.

Recuperando um pouco as características da reforma sanitária, nas palavras de Fleury Teixeira,

"o conceito de 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"³⁷⁴.

A proposta da Reforma Sanitária, portanto, que pressupunha a capacidade de intervenção do Estado para sua concretização no plano da execução de políticas sociais e econômicas, foi inviabilizada não apenas no confronto entre diferentes

³⁷² MARQUES, Marília Bernardes. Considerações sobre a Reforma Sanitária brasileira face ao novo paradigma tecnológico. In: **Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde**. Vol 2, Ministério da Saúde, Brasília, 1992, p. 53.

³⁷³ FIORI, Luis. Democracia e Reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas. In: **Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde**. Vol 2, Ministério da Saúde, Brasília, 1992, p. 45.

³⁷⁴ TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia(org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Cortez/ABRASCO, São Paulo/Rio de Janeiro, 1989. p. 39.

discursos, mas também pela fragilização passiva e ativa dos instrumentos de regulação e arbitragem à disposição do Estado para a execução dos seus propósitos.

Não é possível desconsiderar a ocupação do espaço privilegiado da intervenção do estado por defensores da reforma sanitária, que ali produziram fatos sociais relevantes, inclusive a transformação político-jurídica do arcabouço legal que norteava a organização do sistema de saúde no Brasil.

Entretanto, o espaço de possibilidades para a ocorrência de novos fenômenos sociais ia gradualmente se alterando a partir da própria atuação do Estado, entendendo-se aqui a queda da qualidade da rede pública como decorrência de uma política de financiamento assumida pelo Estado e que estabelecia um limite possível para a proposta que se implementava sob sua tutela. Parece relevante ressaltar que este espaço de possibilidades era igualmente influenciado pela própria limitação imposta ao Estado em ali intervir. Neste espaço privativo das relações econômicas, acabou por se construir um outro sistema de saúde, muitas vezes mais autônomo do que os demais projetos empresariais até então definidos no interior do setor saúde e que, pela própria conjuntura do período, viria a tornar-se o modelo hegemônico dos anos 80. O seguro saúde, a medicina de grupo, a medicina cooperativada e outras formas menos relevantes de produção de serviços de forma supletiva aos que podiam pagar por eles assumiram a posição de hegemonia em relação aos demais subsistemas de atenção existentes no país. O projeto político neoliberal tornou-se a lógica de organização do concreto setorial enquanto a ilusão social-democrata do "Welfare State" e da universalização dos direitos de cidadania ocupava cada vez mais espaço ao nível restrito do discurso técnico e político.

O que se quis salientar com o até agora exposto foi o processo de crescimento, ampliação e finalmente de hegemonia de um modelo econômico proposto para o país com nítida influência internacional, processo este visto entretanto a partir da análise do seu impacto concreto no recorte setorial privilegiado por esta pesquisa.

Com este ponto de observação, este modelo, de corte liberal e hegemonizado pela súbita autonomização permitida por um Estado em crise, dirigiu seus esforços para a ampliação das relações mercantis ao abrigo da intervenção estatal, enfrentando para a sua consolidação uma proposta baseada em outro modelo, que exigia a intervenção do Estado e o seu aval para a garantia de direitos de cidadania para uma sociedade que ainda não os conhecia por inteiro. Como pano de fundo e produtor de turbulências para este embate, se colocou uma matriz modeladora das práticas e da ação do Estado, matriz esta legitimada pelo passado, pela tradição e por vínculos patrimoniais enraizados no espaço político e o econômico. Esta lógica de fundo, que orientou e determinou parcialmente o espaço de possibilidades da ação social pode

ser constatada em muitos fatos concomitantes ocorridos durante o período de pesquisa.

O resultado do conflito entre duas lógicas - uma neoliberal, defendendo a ampliação do espaço privado e outra social-democrata, com a bandeira da publicização do Estado tendo como observador privilegiado o fantasma patrimonial - em um setor social como o da saúde, resultou, no plano do concreto, em faixas como a que tinha as inscrições "Por favor, ajudem-me a viver" colocada em via pública no município de Gaspar solicitando doações para o custeio de um transplante de rim que o menino Ednei Carlos Conceição necessitava com urgência ou no caso da menina Nair, vítima de queimadura grave, que teve viagem e cuidados patrocinados pela Rede Brasil Sul de Comunicações - RBS, com atendimento realizado no Rio de Janeiro pelo cirurgião Ivo Pitangui.³⁷⁵

Este enfrentamento resultou, como consequência institucional imediata da correlação de forças em conflito, na ampliação do espaço de não intervenção do Estado, dentro do qual os interesses empresariais desenvolveram o subsistema de assistência médica supletiva. O fato deste espaço de produção privado ter se gerado ao mesmo tempo em que o Estado assumia a responsabilidade de produzir ações e serviços de saúde para a toda a população remete o entendimento da seletividade estrutural para o mecanismo privilegiado da produção, pelo Estado, de não-acontecimentos que garantiram, discriminando ali as necessidades sociais, a viabilização desse espaço privativo e necessário para a livre expressão dos movimentos de reprodução do capital.

Neste caso exemplar para a identificação dos mecanismos de intervenção/não-intervenção do Estado, as relações de mercado se ampliaram, produzindo na prática a discriminação de certos grupos sociais com relação ao acesso a certos recursos produzidos pelo setor, sendo os mesmos mediados agora por uma outra lógica que obscurece o critério da necessidade. Esta nítida manifestação de exclusão social concreta com direito à condenação à morte caso não se viabilize o movimento do capital, agravada pela sua aceitação passiva pela sociedade, curiosamente ocorreu, é importante ressaltar mais uma vez, par e passo com a assunção pelo Estado do discurso de que a saúde era um bem produzido e distribuído sob sua reponsabilidade e direito de todos os cidadãos.

A situação analisada neste trabalho flagrou também um momento histórico que se caracterizou pelo impacto na matriz organizadora do espaço público (patrimonial), da incorporação, no espaço setorial, da lógica liberal baseada no mercado, caracterizada por sua vez pela incorporação de filtros de nítida especificidade sócio-econômica, ou de classe, ao cotidiano social.

³⁷⁵ Diário Catarinense, 04/07/88, p. 2 e 04/10/88, p. 3.

A perspectiva de futuro, colocados os eixos hegemônicos em acomodação, sugerem que os contornos da organização do espaço setorial sob as bases do mercado dar-se-á mais uma vez, paradoxalmente, sem que tenha ocorrido a plena superação da lógica patrimonialista subjacente ao funcionamento da estrutura burocrática do Estado.

A situação parece indicar ainda a articulação perversa de dois fenômenos do final da modernidade: ao mesmo tempo em que se esgota a perspectiva de acesso e satisfação das necessidades de saúde (entre outras) para vastos contingentes sociais excluídos das relações de mercado, decorrência dos efeitos da hegemonia econômica liberal em nível internacional, se dá a fragilização da capacidade de intervenção do Estado e da sua função redistributiva. Ambos os movimentos, entretanto, foram provocados pelo mesmo fenômeno neoliberal/neocolonial. Os seus desdobramentos neste cenário sombrio são imprevisíveis, correspondendo entretanto, no caso setorial, a um espaço de possibilidades cada vez mais restrito ao longo do tempo.

Sob a perspectiva nacional, da mesma forma não se vê no horizonte qualquer sinal de solução à vista. Mesmo porquê soluções são construídas, não encontradas. A evidência mais provável, no entanto, mantidos os liames que sustentam as relações sociais e de dominação da formação econômico-social brasileira (o arranjo morno que mantém a burocracia cooptada aos interesses mercantis imobilizados em torno dos seus privilégios), é que tal articulação tem potencial para manter o país, por muito tempo, muito aquém da modernidade.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A observação do período 1987-1990, chave para o entendimento da complexa construção (ou desconstrução?) do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina por sua intensa e dinâmica sucessão de eventos nos planos político-jurídico, político-administrativo e político-operacional deixa claro, como primeira constatação da pesquisa desenvolvida, o caráter processual e interativo que caracteriza a implementação de uma (e qualquer) política pública no espaço amplo do social.

A questão que orientou o interesse deste trabalho foi, neste sentido, buscar permanentemente definir contornos mais nítidos ao caráter político-institucional do Estado, visto este a partir da análise da dinâmica setorial marcada pela reorientação do sistema de saúde estadual a partir da gradativa modificação do arcabouço político-jurídico que orientava a ação e a estruturação institucional setorial no período.

Partindo do pressuposto de que o Estado assume o papel de instância político-ideológica organizadora do poder nas sociedades modernas, procurou-se apresentar evidências de que, em última instância, o Estado agirá sistematicamente a favor dos interesses comuns ao capital global. Esta ação é importante porque cabe ao Estado preservar o capital global não só das contradições intrínsecas a uma sociedade de classes, mas eventualmente inclusive dos interesses anárquicos dos capitalistas particulares. Em outras palavras, a manutenção dos processos constitutivos de uma sociedade capitalista de classes no longo prazo precede as vantagens particulares e imediatas perseguidas pelo capital individual.

Assim, aceita a premissa sobre o papel desempenhado pelo Estado, o interesse de pesquisa se restringiu à busca de elementos que dessem conta de *como* o Estado articulou estes interesses em relação ao processo focalizado. A partir das elaborações de Offe³⁷⁶, a configuração de processos de seleção e de regras de exclusão institucionalizadas na própria estrutura e funcionamento do Estado ao longo do período de observação tornaram-se os objetos-chave a partir do qual pensou-se esclarecer melhor o questionamento que determinou este trabalho.

A ação do Estado neste período, sinteticamente, pode ser caracterizada como de "restrição não-aleatória (isto é, sistemática) de um espaço de possibilidades."³⁷⁷ No caso específico da análise da implementação do Sistema Único de Saúde, o

³⁷⁶ OFFE, Claus. Dominação de classe e sistema político. Sobre a seletividade das instituições políticas in **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.

³⁷⁷ Idem, *ibidem*, p. 151.

cenário visualizado no final do período estudado mostrou que as possibilidades para a concretização de um sistema público, universal, descentralizado, organizado sob uma nova lógica e com controle social tinham sido reduzidas drasticamente, tendo ao mesmo tempo se constituído, à margem do discurso e da legislação, um sistema de saúde privado regulado pelo mercado, que cresceu pela migração maciça dos segmentos descontentes com a qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público de saúde. Neste sentido, o subsistema de assistência médica supletiva tornou-se de tal forma autônomo da regulação e intervenção estatal, que a única dependência que ainda o liga ao sistema público é a de que a sua clientela permanece sendo gerada pela baixa qualidade do mesmo.

O fenômeno da "universalização excludente"³⁷⁸, característica marcante do processo de universalização dos serviços públicos de saúde no Brasil pode ser entendido como uma decorrência dos diferentes "timing" que marcaram o processo político em seus diversos planos, em relação ao imposto à expansão e qualificação da sua rede de serviços. Este descompasso desembocou indubitavelmente na instituição natural de mecanismos de racionamento que expulsaram os grupos sociais capazes de impor-se novo ônus para a cobertura dos serviços médico-assistenciais de que necessitavam, ao mesmo tempo em que o sistema incorporava segmentos até então excluídos do consumo dos bens e serviços ali produzidos.

O crescimento significativo do subsistema privado de assistência médica supletiva pode ser visto, assim, como um "efeito inesperado" da implantação do SUS³⁷⁹, ou se coloca como produto esperado de uma ação estatal seletiva sistemática que discriminou positivamente os interesses do capital em detrimento dos demais interesses ligados com a questão ?

A esta pergunta de resposta não imediata, cabe recuperar inicialmente o conceito de "revolução passiva" de Gramsci.³⁸⁰ Também conhecido como *revolução-restauração*, este processo de transformação social se dá em duas etapas: em um primeiro momento, instabilizado por demandas populares não-unitárias, o processo é assumido pelas classes e frações de classe vinculadas ao bloco no poder, que em seguida assimilam algumas dessas demandas, garantindo ao mesmo tempo um processo de mudança restrito e o predomínio das forças conservadoras em cheque no início do processo. A revolução passiva manifestaria

³⁷⁸ FAVARET F^o e OLIVEIRA. A Universalização Excludente. In **Dados - Revista de ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol. 33 n^o 2, 1990, pp. 257-283.

³⁷⁹ MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1993. p 80.

³⁸⁰ GRAMSCI, Antônio. *Quaderni*, pp. 1324-1325, *apud* COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci. Um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro, Campus, 1989.

"... o fato histórico da ausência de uma iniciativa popular unitária no desenvolvimento da história italiana, bem como o outro fato de que o desenvolvimento se verificou como reação das classes dominantes ao subversivismo esporádico, elementar, desorganizado, das massas populares, mediante 'restaurações' que acolheram uma certa parcela das exigências provenientes de baixo: trata-se, portanto, de 'restaurações progressistas', ou 'revoluções-restaurações', ou ainda 'revoluções-passivas' ".³⁸¹

O conceito recém definido parece bastante pertinente para o esclarecimento dos processos políticos em períodos de transição. A utilização do mesmo em um processo de transformação setorial, apesar do risco evidente de redução, parece igualmente potente para explicar o período e o espaço restrito sob análise neste trabalho. Neste sentido, o movimento sanitário, representando um conjunto significativo de forças sociais, ao desenhar um projeto setorial com perspectivas estratégicas de transformação ampla do social, colocou em cheque as estruturas políticas fragilizadas pelo esgotamento do regime autoritário. A Nova República, representando a coalizão conservadora que assumiria o papel dirigente no processo de mudança, acabou transformando a realidade até certo ponto, mantendo porém intactos os "loci" de poder societário. No bojo deste processo de "restauração progressista", a dinâmica setorial ainda foi capaz de produzir o contraditório: o espaço público supostamente ampliado pela inscrição da saúde como direito inerente da cidadania se tornou na verdade solo fértil para o projeto neoliberal que expandiu de fato o interesse privado. Em outras palavras,

"as classes dominantes empenharam-se em 'restaurações' que, em última instância, produziram importantes modificações na composição das classes e prepararam o caminho para novas transformações reais."³⁸²

A articulação do Estado neste processo de renovação foi igualmente tratada por Gramsci, que colocou como característica dos processos de revolução passiva exatamente o papel reitor do Estado no processo, dirigindo substitutivamente os grupos sociais que deveriam ser eles mesmos os dirigentes dos outros grupos sociais na luta reformista.³⁸³ Neste caso o autor explicaria o fenômeno pela ausência de hegemonia, ou seja, a falta de consenso ativo dos governados com relação à dominação de uma classe em relação ao conjunto da sociedade. No caso do Brasil, como colocado em vários capítulos anteriores, parece ter sido delegada ao Estado a função de construção da dominação política, controlando e, quando necessário, reprimindo as classes subalternas em nome dos interesses dominantes. A identificação, na estrutura administrativa do Estado focalizado pela presente pesquisa, de uma matriz patrimonialista que permaneceu anacronicamente dando forma a um

³⁸¹ Idem, *ibidem*, p. 123.

³⁸² Idem, *ibidem*.

³⁸³ Idem, *ibidem*, p. 123.

variado conjunto de relações entre Estado e sociedade em tudo incompatíveis com as funções esperadas para as estruturas administrativas contemporâneas, parece reforçar ainda mais a teorização de Gramsci adaptada para o contexto estudado.

O paradoxo do processo vivido neste período foi a constatação de que o preço da inclusão das massas até então e ainda excluídas pelo mecanismo da "cidadania regulada", processo que caracterizou o desenvolvimento da previdência social a partir do período de redemocratização ocorrido com o fim do Estado Novo em 1945 (coincidentemente outro período no qual o conceito de revolução passiva também se encaixa muito bem), foi o da definitiva segmentação do acesso a diferentes padrões de prestação de serviços para diferentes clientelas a partir de uma discriminação por critérios sócio-econômicos.

Cabe salientar, por oportuno, que os paradoxos e contradições apresentados neste trabalho, entretanto, são o material básico utilizado para, devidamente estudados, constituírem-se em base para uma interpretação aceitável da realidade e dos processos sociais nela incluídos. Assim, o melhor esclarecimento dos processos sociais apresentados se deu exatamente sob a premissa de que a contradição, o tensionamento entre interesses irremediavelmente antagônicos, a luta de classes, enfim, é o material privilegiado para a análise e o desvendamento da lógica que melhor explica a dinâmica social submersa em um turbilhão de fatos, eventos e fluxos aparentemente sem nexos que constituem normalmente o cotidiano social.

A partir deste entendimento, torna-se importante avançar além da identificação isolada do processo mais geral ocorrido no caso da análise da construção do SUS em Santa Catarina. A ampliação da análise empreendida pareceu especialmente favorecida com a utilização da categoria gramsciana de revolução-restauração com critério de interpretação³⁸⁴. A dissecção deste processo na tentativa de entender-lhe a própria natureza, o modo como o Estado se articulou, neste caso específico, com os interesses de classe para produzir as condições necessárias para que o processo de produção se desse em sua plenitude permanece, desta forma, como uma necessidade inarredável. Isto significa recuperar, na práxis, os nexos causais que dão sentido ao *como* os interesses do capital global foram contemplados em relação ao processo observado. Nesta linha, as idéias de Offe em torno dos processos de seleção que estariam incorporados à estrutura do Estado e que caracterizariam a sua ação foram os eixos que deram sentido à interpretação do período histórico e dos eventos concatenados na versão apresentada neste trabalho.

³⁸⁴ No entendimento do próprio Gramsci, a revolução passiva não deveria ser utilizada como teoria, mas como *critério de interpretação* dos casos em que houvesse falta de outros elementos ativos de modo determinante. Gramsci, *Quaderni*, p. 1827, apud COUTINHO, C. N. *op. cit.*, p. 125.

Para Offe³⁸⁵, o sistema político teria incorporado ao seu funcionamento institucional um mecanismo de filtros com pelo menos quatro níveis e naturezas distintas, já descritos anteriormente, e que teriam a seu encargo a aplicação das regras de exclusão, a produção de não-acontecimentos e o processamento das demandas no interior do Estado, definindo, por conseguinte, o produto dos atos soberanos da máquina pública em resposta às reivindicações da sociedade. O funcionamento destes filtros é que caracterizaria a prática seletiva do Estado e a sua revelação enquanto totalidade parcializada, ou seja, a atuação do Estado se dando de forma a privilegiar determinados grupos em detrimento de outros, a partir de uma discriminação que teria como base a classe ou fração de classe produtora das demandas, e como limite os interesses do capital global.

Offe condiciona o Estado capitalista enquanto forma institucional a quatro premissas³⁸⁶:

1. *A privatização da produção*: o espaço de produção, incluído aí o fator capital e o fator trabalho, é um espaço privado, ou seja, não está sujeito à regulamentação política.

No caso da área da saúde, em que esta premissa poderia ser questionada pela existência, sob controle estatal, de quantidade significativa de meios de produção setorial, o autor coloca a similaridade de estratégias de utilização e aplicação desses meios em relação ao capital privado, o que os equaliza para os efeitos da análise proposta. Da mesma forma pode ser entendida a privatização direta ou indireta desses meios, no primeiro caso através da sua apropriação explícita, caso dos "feudos" privados da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, ou da articulação dos serviços de alta tecnologia controlados pelo poder público com os subsistemas privados supletivos ou não, que dirigem os pacientes com indicação de procedimentos de alto custo para estes serviços. A privatização indireta pode ser identificada na sistemática produção de demandas privadas a partir dos processos de restrição ou gargalos legais ou irregularmente instituídos pelos prestadores privados contratados pelo poder público, transformando os serviços públicos de saúde meros meios de geração de espaços de acumulação regulados pelo mercado.

2. *Dependência dos impostos*: A acumulação privada, base do sistema tributário, condiciona o Estado a colocá-la sob sua proteção, implementando inclusive um conjunto de políticas específicas no sentido de reforçá-la e ampliá-la. No caso da

³⁸⁵ OFFE, Claus. Dominação de classe e sistema político. Sobre a seletividade das instituições políticas. in **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.

³⁸⁶ OFFE, Claus. Teses sobre a fundamentação do conceito de "Estado capitalista" e sobre a pesquisa política de orientação materialista in **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984. pp. 122-137.

saúde, como setor social, esta articulação direta entre o sistema tributário e as políticas sociais torna-se clara quando se analisa a dependência quase completa da estrutura previdenciária das contribuições do capital e do trabalho, de tal forma que a sua existência exige a participação ativa do Estado na garantia de processos de expansão e crescimento capitalista e da massa de empregados, sob pena de condenar o próprio Estado ao ônus da cobertura destes encargos com recursos dos impostos gerais.

3. *Acumulação como ponto de referência*: a dependência do Estado com relação ao processo de acumulação, recém colocada, e a impossibilidade dele mesmo organizar com exclusividade este processo, coloca como ponto primário da atuação do Estado a preservação das condições favoráveis de acumulação. Neste sentido, apesar dos setores sociais normalmente irem a reboque dos setores mais diretamente vinculados ao processo de produção direta de mercadorias, pode-se ressaltar a gradativa criação, no interior da área da saúde, de um empresariado produtor direto ou indireto de serviços de saúde cada vez mais autônomo do poder de regulação do Estado e favorecido pelas políticas gerais de atualização do processo de acumulação.

O fenômeno mais relevante identificado no período estudado se integra nesta perspectiva de atuação do Estado. A emergência de um sub-setor dinâmico dentro da estrutura de oferta de serviços médico-assistenciais - o subsistema de assistência médica supletiva - favorecido indiretamente pela não-atuação do Estado em relação às exigências de expansão do subsistema público por um lado, e beneficiado diretamente pelo processo de regulamentação (permitindo a exclusão da responsabilidade do seguro-saúde com relação a diversas patologias de alto custo, e pelo subsídio representado pelo desconto do imposto de renda das despesas com assistência médica) e de desregulamentação (facilitando a expansão da cobertura desta modalidade de serviços pela retração da fiscalização sobre os mesmos), ambas responsabilidades deste mesmo Estado, podem ser colocados como exemplares deste caráter incorporado ao conteúdo da ação política.

4. *A legitimação democrática*: O Estado depende da aprovação geral, referendada em eleições periódicas, para exercer na plenitude o poder ali potencialmente concentrado. O processo democrático-representativo seria assim o mecanismo duradouro de legitimação da delimitação da esfera privada de liberdade econômica. O uso dos recursos públicos de acordo com a vontade da maioria, recursos estes extraídos em sua totalidade do processo de acumulação, neste sentido, está vinculado à consonância desta vontade com as necessidades de uma acumulação continuada.

Diversos casos apontados no decorrer do presente trabalho deixaram claro o papel assumido pela intervenção do Estado, seja pela delimitação do espaço de

atuação livre dos interesses privados, caso da segmentação produzida pelo seguro-privado, seja pelo cancelamento de aumentos forçados por mecanismos ilegais de pressão, como no caso da indústria farmacêutica e os muitos desabastecimentos ocorridos no período estudado. Em ambos, os interesses da sociedade deram lugar a uma barganha na qual os interesses do processo de acumulação tiveram no Estado um aliado, não um mediador supostamente neutro.

É neste sentido que Offe³⁸⁷ coloca a dupla determinação a que está submetido o Estado capitalista: sua forma institucional seria determinada pelas regras do governo democrático-representativo. O seu conteúdo seria entretanto, como recém colocado, sempre definido pelo desenvolvimento e pelas necessidades do processo de acumulação.

Este conteúdo é que seria o produto dos mecanismos de seleção colocados acima e exaustivamente apresentados ao longo deste trabalho. Entre estas ações implementadas pelo Estado através da Secretaria Estadual da Saúde e passíveis de análise estava, por exemplo, a execução do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, assinado com a União mesmo tendo o estado sérias restrições político-ideológicas ao mesmo³⁸⁸. Na verdade, os grandes fatores de convencimento para o estado aderir ao convênio foram a situação pré-falimentar da administração pública estadual em geral e da área da saúde em particular em primeiro lugar, associado ao fato de que o convênio acabou fazendo parte do plano estratégico do Secretário Martinho Ghizzo em relação à fragilização de seus principais adversários políticos: Orasil Coelho Pina, Secretário Adjunto da Saúde e Ricardo Baratieri, Superintendente do INAMPS. O primeiro, par e passo com a assinatura do convênio, receberia um violento golpe pessoal e político: a perda da equipe que dava contornos à proposta da reforma sanitária na Secretaria. O segundo, porque o SUDS automaticamente encaminhava a máquina federal previdenciária, até então o verdadeiro "*locus*" do poder setorial, para um papel subordinado e secundário em relação à SES. Visto desta forma, parece claro o entendimento de que os compromissos assumidos pelo estado com a assinatura do convênio ganhariam significativa relatividade, já que os objetivos e vantagens políticas imediatas vinculados ao projeto eram sobrevalorizados pelo dirigente institucional em relação ao conteúdo substantivo do mesmo.

Neste sentido, o acompanhamento e análise do processo da reforma administrativa se constituiu em bom exemplo da postura do Secretário em relação à

³⁸⁷ Idem, *ibidem*.

³⁸⁸ Orasil Coelho Pina diria da proposta 'aceitável' para o SUDS encaminhada por Martinho à Brasília: "Senti vergonha ! A proposta que Santa Catarina enviou, e não era a nossa, foi considerada pela direção do INAMPS como a mais 'atrasada' de todo o Brasil !". Entrevista, apud DA ROS, M.A. **Um drama estratégico: o movimento sanitário e sua expressão num município catarinense**. Rio de Janeiro, ENSP/Fio Cruz, Dissertação de Mestrado, (mimeo), 1989.

questão do encaminhamento do processo de transformação setorial: o discurso articulado favorável à reforma, dada a falta de vontade política concreta incorporada à mesma pelo Secretário Martinho Ghizzo, não poderia ter outro destino senão o de ser cooptado pelas forças efetivamente interessadas na (ausência de) reforma, caso dos grupos médicos da FHSC e da burocracia setorial, transformando-se, em sua última versão, em proposta de consolidação da estrutura até então existente. Mesmo esta proposta, entretanto, fragilizada pelas mudanças de direção setorial e colocada na linha de fogo dos diferentes interesses contraditórios que se colocavam no seio do próprio governo peemedebista, se perderia ao longo do processo político-legislativo. A revolução-restauração se reproduzia também no micro-espço dos projetos particulares do setor saúde, reafirmando a máxima do Príncipe de Lampedusa: "É preciso mudar tudo para que tudo continue igual".³⁸⁹

O processo de descentralização/municipalização, em Santa Catarina efetivamente o elemento mais dinâmico da proposta do SUDS em seu aspecto de implementação de uma política setorial, também acabou sofrendo de problemas graves decorrentes da própria limitação do estado enquanto dirigente do processo de transformação. Estas limitações se colocaram claramente no plano operacional, derivadas da própria incapacidade administrativa do estado com relação ao efetivo controle e manutenção do padrão assistencial sobre a rede de unidades sanitárias instaladas em todos os municípios catarinenses. Esta constatação levou o estado a reinterpretar o espírito da municipalização, aproveitando-a como uma oportunidade para transferência, ao nível municipal, de problemas até então nunca resolvidos pela sua estrutura administrativa. Esta constatação revelou, na verdade, o caráter estratégico assumido pela municipalização em Santa Catarina, distorcendo-se o seu sentido original de ser parte de um projeto mais amplo de reordenamento da rede assistencial necessariamente vinculado a uma nova forma de produzir serviços e de intervir no processo saúde-doença. Politicamente, entretanto, garantida a transferência da rede para outras mãos, a Secretária deixou-se levar a reboque em relação ao processo de municipalização. A Associação dos Serviços Municipais de Saúde de Santa Catarina - ASSESC, se transformou, ao longo do processo de implementação da proposta do Sistema Único de Saúde, em ator social relevante a favor da continuidade

³⁸⁹ TOMASI, Giuseppe (Duque de Parma, Príncipe de Lampedusa). O Leopardo (Il Gattopardo), apud Veja 1328, Ano 27, de 23 de fevereiro de 1994.

do processo de descentralização, dirigindo-o mesmo em certos momentos.³⁹⁰ Isto fez a Secretaria assumir o processo de um modo peculiar, tutelando o encaminhamento do mesmo na forma e no conteúdo a partir da formação de monitores que acabaram se articulando com os Centros Administrativos Regionais de Saúde - os CARS. Sinteticamente, o estado transferiu os valores que agregava ao SUDS para o processo de municipalização, reduzindo o mesmo ao valor dos recursos definidos em nível federal para repasse aos municípios. Os municípios, por seu turno, salvo poucas exceções, assumiram o caráter convenial do SUDS, passando ao largo das considerações que faziam dele, de fato, uma verdadeira e inovadora política de saúde. Visto desta forma, os municípios em geral, neste primeiro momento, cumpriram os critérios definidos pela CIS para a habilitação à assinatura do convênio de forma extremamente burocratizada e descomprometida, limitando-se assim o processo de descentralização a uma mera delegação de responsabilidades, sem a criação de qualquer fato novo que pudesse de fato impactar as condições de saúde da população. O processo sofreu entretanto ainda vários outros desvios e turbulências. Em 1989, ele foi golpeado pelo grupo dirigente estadual, que após a substituição de Martinho Ghizzo, assumiu a proposta personalista e dirigida ao projeto eleitoral pessoal do Secretário Walmor De Luca, que utilizou o processo para transferência discricionária de recursos, dirigindo-os à sua base eleitoral. Concomitantemente, ele foi ainda minado em suas bases financeiras, abalado que foi pela estratégia de desmonte do SUDS implementada pela nova direção do INAMPS em nível federal (a partir de meados de 1988), e que congelou as transferências federais aos estados por quase um ano em meio a uma conjuntura explosivamente inflacionária.

Entretanto, o que chamou mais a atenção na análise empreendida foi a identificação e a caracterização, visível no setor saúde mas extrapolável para toda a estrutura político-administrativa pública, de duas matrizes em permanente tensão mas com considerável equilíbrio de forças a moldar o comportamento funcional das instituições.

A primeira delas, com raízes na tradição administrativa portuguesa e com surpreendente sobrevida pelo seu caráter anacrônico, incorporando na própria lógica de organização, mas especialmente nas relações entre Estado e sociedade, uma perspectiva na qual é central a indefinição dos limites do espaço e do patrimônio públicos em relação ao espaço e ao patrimônio privado. Assim, o Estado sufoca as

³⁹⁰ Da Ros em sua dissertação de mestrado relata a existência de projeto de municipalização dos recursos setoriais de autoria da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma já em novembro de 1987, sendo o mesmo secundarizado por não ter havido na instituição formalmente dirigente do processo, a SES, qualquer discussão com respeito à descentralização, em parte devido ao desmonte da área de planejamento do órgão a partir das exonerações já comentadas em outro capítulo deste trabalho. DA ROS, M.A. *Um drama estratégico: o movimento sanitário e sua expressão num município catarinense*. Rio de Janeiro, ENSP/Fio Cruz, Dissertação de Mestrado, (mimeo), 1989.

forças produtivas, cooptando-as a participar de uma "ligação incestuosa" onde privilégios são trocados por obediência e disciplina, ao mesmo tempo em que permite um uso absolutamente indevido do espaço público para fins particulares. Como consequência desse vínculo espúrio, projeta-se para o futuro a 'ditadura sem hegemonia' vaticinada por Gramsci e na qual o Estado substitui a fração de classe dominante no propósito de exercer a função necessária de direção do bloco no poder, ou seja, garantir a coesão dos grupos dominantes diante do conjunto social. Esta tarefa, ao ser assumida pelo Estado, aproxima perigosamente a ação pública da necessidade de atender às demandas do capital individual, submetendo a risco o processo de produção a longo prazo. A delimitação aleatória do espaço público e do privado, segundo Weber³⁹¹, impede o florescimento do capitalismo pela falta de previsibilidade da ação do poder público em relação à carga de impostos, entre outros pré-requisitos necessários ao livre jogo do mercado. Por outro lado, os grupos favorecidos pela ação discricionária do Estado passam a instrumentalizar o espaço público em proveito particular, tornando-se dependentes do Estado e incapacitando-se ao mesmo tempo para o jogo da livre concorrência.

A segunda, nucleada em torno dos interesses liberais remanescentes e não instalados à sombra do Estado nem vocacionados para tal, por seu turno, propõe a modernização desse Estado, ou seja, a sua redução em relação ao espaço de intervenção possível, ao mesmo tempo exigindo que seu funcionamento se pautar por regras de conhecimento e controle públicos. Em outras palavras, o Estado é pressionado a assumir características de impessoalidade e previsibilidade, suportado por legitimação racional-legal. O projeto modernizador tem características idênticas ao modelo burocrático que Weber já identificou no início do século como relacionado e necessário ao processo de produção capitalista.

No Brasil, entretanto, o modelo burocrático vive uma crise de identidade permanente, por ser formalmente a lógica de organização institucional do Estado, mas convivendo com conteúdos que dão sentido à sua atuação normalmente definidos à margem dos interesses mais gerais do processo de acumulação. A interferência do padrão patrimonialista de administração garante uma preponderância inusitada aos interesses relacionados pelos vínculos de sangue, compadrio, demandas de clientelas e do próprio interior da máquina administrativa. Sobre esta base de relações anacrônicas e impregnadas de imediatismo, preponderam as demandas capitalistas particulares e se fragiliza a função moderna do Estado, vinculado à manutenção das condições favoráveis à reprodução das condições gerais do capitalismo e de sua preservação à longo prazo.

³⁹¹ WEBER, Max. *Economia y sociedad - Esbozo de sociología comprensiva*. Cap. 3, México, Fondo de Cultura Económica, 1964, pp. 170-212.

Em uma sociedade onde a própria instituição religiosa católica passou por uma reinterpretação social que produziu uma nova forma de culto - as expressões afro-brasileiras -, a sobrevivência do padrão patrimonial que dá contornos peculiares à administração 'científica' se constitui em outro exemplo de reconstrução livre da proposta institucional burocrática segundo os valores e padrões culturais extremamente sólidos deixados pela história colonial na constituição do próprio tecido social e das suas relações com o poder público.

Cabe recuperar igualmente nesta síntese final, uma vez definidos os contornos da atuação do Estado e sua natureza intrinsecamente associada ao modo de produção dominante e portanto ao processo de acumulação, a trajetória do movimento social que ampliou o direito à saúde no espaço político-jurídico mas permitiu, no plano da realidade, a expansão, nas margens de um Estado fragilizado em suas funções de regulação, de um modelo de saúde em grande parte conflitante com as bandeiras da reforma sanitária.

Neste sentido, e invertendo o polo de análise até aqui considerado - o Estado, parece importante focalizar, mesmo de forma sintética, a trajetória do movimento social que, por méritos próprios, desde meados dos anos setenta, construiu um projeto setorial que foi inequivocamente majoritário ao nível da correlação de forças em determinados momentos do período estudado. A ampliação da base social para a proposta da reforma, conseguida ao longo de vários anos de luta no interior do tecido social, foi simbolicamente consolidada com a realização da VIIIª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Assumida entretanto esta assertiva, cabe questionar o que foi feito com esta "hegemonia", mesmo fugaz, no sentido de se atingir os objetivos a que se propunha este movimento social.

Entre os aspectos mais discutidos nesta avaliação do movimento sanitário, a escolha estratégica do *locus* do Estado como espaço privilegiado de atuação feita pelas lideranças do movimento sanitário para a consecução de seu projeto na realidade parece ser a que ao mesmo tempo tem os mais ardorosos defensores e os mais severos críticos.

Em relação a esta questão, o autor coloca-se como crítico severo da institucionalização do projeto da reforma sanitária, em parte em razão das evidências coletadas e apresentadas na presente pesquisa, mas especialmente pela posição confortável de analista de um processo cuja definição parece já estar mais clara neste momento do seu desdobramento. Mesmo o uso instrumental do aparelho do Estado para a ampliação da base de apoio ao projeto, tentativa evidenciada pelos recursos dirigidos pelo INAMPS para a criação, em vários estados, de Núcleos de Estudos de

Saúde Coletiva³⁹² vinculados às universidades mas com atuação mais autônoma, parece não ser suficiente para aceitar como acertada a decisão tomada, pelo abandono da luta pela hegemonia na sociedade que ela significou, em troca unicamente de um novo espaço - agora o institucional, para a continuidade desta luta. Entretanto este novo espaço (o Estado), definido ao mesmo tempo como espaço de contradições a serem exploradas, constituiu-se neste caso no espaço cujos limites colocaram um ponto sem retorno à implementação do projeto da reforma sanitária. A conquista da inscrição constitucional da saúde como direito da cidadania e dever do Estado ficou como uma conquista com um amargo gosto de derrota, levando-se em conta a lógica que realmente prevaleceu na organização setorial no período estudado.

Não pode deixar de se ressaltar, no final do período de observação, o impacto simbólico representado pela queda do Muro de Berlin na desagregação da imagem-objeto que sedimentava o imaginário da maior parte do movimento sanitário. A perda de clareza em relação a um projeto de sociedade que passava em parte pela concretização dos valores do socialismo desmobilizou amplos segmentos até então com militância fechada em torno dos ideais da reforma sanitária. Esta desmobilização foi importante elemento constitutivo do processo de hegemonização do modelo privatista supletivo no período observado.

É importante ressaltar igualmente a base material representada pela crise fiscal do Estado como outro elemento relevante, verdadeiro pano de fundo para a definição dos limites do projeto da reforma sanitária no Brasil no período considerado. A ausência de meios tornou o Estado refratário à proposta de gastos crescentes que o Sistema Único de Saúde representava. O projeto de desestatização e desregulamentação do Estado proposto pelo neoliberalismo foi assumido, assim, como solução para o impasse representado pela ampliação das demandas sociais ao mesmo tempo em que retraíam-se as fontes de financiamento públicos.

Neste sentido, recuperando o eixo da proposta que orientou a presente pesquisa, que privilegiou o espaço institucional ao se voltar para a análise do processo de implementação de uma determinada política pública - sintetizada na proposta do Relatório Final da VIIIª Conferência Nacional de Saúde -, identificaram-se sistematicamente em todo o período de observação ações e atitudes institucionais em relação ao SUS que variaram da burocratização máxima à apropriação privativa do bem público sem qualquer pudor. No primeiro caso, os procedimentos normatizados e

³⁹² Estes Núcleos, conhecidos como NESC's tiveram em alguns estados papel relevante no treinamento e reciclagem dos recursos humanos setoriais, sempre apoiados materialmente pelo INAMPS e MPAS, tendo como eixo norteador dos conteúdos difundidos o projeto da reforma sanitária. Muitos deles se tornaram polos de assessoria e pesquisa, contribuindo para o avanço do processo. Santa Catarina chegou a institucionalizar o seu NESC mas o projeto de financiamento chegou após a queda da equipe de Hésio Cordeiro no INAMPS, após o que este processo entrou em franco declínio.

ritualísticos do INAMPS se encaixam como exemplo. No segundo, os desvios de recursos transferidos ao estado e aos municípios a partir do convênio SUDS para fins particulares parecem representar bem o polo da privatização do Estado.

Encaminhando o fechamento da presente pesquisa, cabe ressaltar neste momento as dificuldades metodológicas assumidas durante o seu desenvolvimento e que, a par da dificuldade inicialmente já apontada por Offe para o desvendamento do caráter de classe do Estado, tiveram ainda no caráter discricionário e imprevisível das relações patrimoniais um importante processo que contribuiu de forma importante para diminuir as regularidades do processo sob análise:

"(o Estado capitalista)... *precisa simultaneamente praticar e tornar invisível o seu caráter de classe. As operações de seleção e direcionamento de caráter coordenador e repressor precisam ser desmentidas por uma terceira categoria de operações seletivas de caráter ocultador: ... Somente a preservação da aparência da neutralidade de classe permite o exercício da dominação de classe*" (grifos no original).³⁹³

Somadas as dificuldades recém listadas às limitações do espaço de observação, restrito ao setorial e ao âmbito administrativo (estadual) privilegiado para o recorte estudado, esboça-se em síntese a perspectiva de validade para as considerações assumidas no presente trabalho.

A par destas limitações, a análise deste período histórico empreendida sob a ótica setorial contribuiu para uma recuperação documental que pode permitir a ampliação e o aprofundamento da temática setorial a partir do interesse de outras pesquisas, garantindo-se ao âmbito estadual a possibilidade de efetivamente se colocar como objeto de interesse específico de próximos estudos.

Entre as perspectivas imediatas de ampliação dos horizontes da presente pesquisa e que foram contemplados apenas marginalmente neste estudo, coloca-se a necessidade de aprofundamento sobre a natureza e o conteúdo concreto imprimido ao processo de municipalização, ao controle social e à própria adequação estrutural da SES a suas novas responsabilidades - todos processos que tiveram importantes desdobramentos no período subsequente ao privilegiado por esta análise. Da mesma forma, o financiamento da política de saúde em Santa Catarina, neste e em outros períodos não contemplados por este trabalho, exige pesquisador com conhecimentos mais sólidos na área de economia, contabilidade e finanças públicas, limitações assumidas pelo autor.

Finalmente, a ênfase dada ao presente problema de pesquisa não escondeu a sua intencionalidade de constituir-se em uma forma de autocrítica política, já que o

³⁹³ OFFE, Claus. Dominação de classe e sistema político. Sobre a seletividade das instituições políticas in **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984. p. 163.

autor participou deste processo enquanto ator coadjuvante vinculado ao movimento sanitário no interior do aparelho de Estado, reconhecendo que no embate entre o projeto publicista sintetizado pelo Sistema Único de Saúde e os projetos e interesses de acumulação empresariais privados incrustados no interior do setor saúde, o período se caracterizou por avanços formais e derrotas concretas.

Ao Sistema Único de Saúde universal, público, democratizado e ponta de lança para transformações sociais mais amplas sonhado pelos militantes do "partido sanitário", o período estudado contrapôs no plano da realidade a implantação concreta de um sistema de saúde segmentado, discriminador do acesso aos seus recursos por critérios sócio-econômicos e direcionado para a construção de um modelo de atenção à saúde modelado à imagem e semelhança ao sistema americano, ele mesmo em vias de profundas reformas pelo esgotamento lá já diagnosticado.

A luta pela construção de uma sociedade mais justa continua, seja ela no plano da saúde, seja no plano mais amplo do social. Neste sentido, o que de fato parece ter se colocado como marginal em todo este processo, e isto corresponde a um elemento importante para o entendimento da dinâmica setorial no período observado, foi a ausência da sociedade organizada em torno de seus interesses. À falta de projeto contra-hegemônico suficientemente forte, a maioria da população foi cooptada pelo projeto neoliberal, tornando-se massa de manobra para os interesses organizados em torno das propostas particularistas que resultaram na ampliação do espaço regulado pelo mercado na área da saúde, com os prejuízos previsíveis daí decorrentes.

Neste sentido, o aprendizado em relação à experiência vivida no período estudado deu conta de que o avanço social depende do incremento qualitativo e quantitativo da organização da sociedade civil, sem o que não se terá sociedade democrática, já que o Estado sem controle social³⁹⁴ é despotismo. Para tal, o esforço imediato deve se dar em torno da desprivatização do "locus" público, superando-se definitivamente os interesses patrimonialistas enraizados na máquina governamental. A redefinição estrutural deste espaço de poder para que o mesmo contemple sistematicamente as demandas populares exige, para tal, a organização e a pressão da sociedade organizada em torno da ocupação dos espaços de participação representados pelos Conselhos de Saúde, a disputa permanente com os projetos que

³⁹⁴ O termo é aqui utilizado com o sentido que foi largamente difundido pela bibliografia de apoio ao movimento sanitário: subordinação do Estado à vontade da sociedade. O termo tem tido na sociologia uma definição conflitante com a que foi assumida setorialmente, significando o processo de geração de conformidade à norma imposto pelo Estado à maioria da sociedade.

transitam em busca de concretização no espaço setorial e a ampliação da luta política para todo o tecido social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Waldemar. Legislação pode reduzir uso do SO₂ nos alimentos. **Saúde em Debate** nº 19, set-out 87, pp. 90-91.
- ALTHUSSER, L. **Aparelhos Ideológicos de Estado**. Rio de Janeiro, Graal, 1983.
- ANDRÉ, Marli. **Estudo de Caso: seu potencial na Educação**, Cad. Pesq., (49):51-54, maio 1984.
- AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva**. Tese de Doutorado, FCM, UNICAMP, 1975, mimeo.
- AURAS, Marli. **Poder Oligárquico Catarinense**. Tese de Doutorado, PUC-SP, 1991.
- BOBBIO, Norberto *et alli*. **Dicionário de Política**, Ed UnB, Brasília, 1986.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo, Hucitec, 1988.
- CARDOSO, Fernando Henrique. **Autorismo e democratização**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1980.
- CARNOY, Martin. **Estado e Teoria Política**. Campinas, Papyrus, 1988.
- CARVALHO, Gilson. O caos no financiamento da saúde... no fundo do poço, in **Cadernos da Nona**, Brasília, 1992, pp. 61-72.
- CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo, Cortéz, 1991, p. 98.
- CIPLAN - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Análise da POI 88-90 Estado de Santa Catarina**. (mimeo), 1988.
- CONNILL, Eleonor Minho. **Modelo Assistencial Brasileiro: Sistema Único ou Sistema Múltiplo de Saúde ? Considerações sobre a emergência e a evolução do Seguro-saúde privado no Brasil**, trabalho apresentado como requisito para concurso ao Depto. de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, Rio de Janeiro, 03/93 (mimeo).
- COSTA, José Cleber do Nascimento. Hospitais e a Crise Institucional. In: **Diário Catarinense**, 12/07/89, p. 6.

- COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci. Um estudo sobre seu pensamento político.** Rio de Janeiro, Campus, 1989.
- **Dualidade de Poderes.** São Paulo, Brasiliense, 1987, p. 67.
- DA ROS, Marco Aurélio. **Um drama estratégico: o Movimento Sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina.** Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, 1991. (mimeo)
- DÂMASO, Romulado. Saber e práxis na Reforma Sanitária: Avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury(org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO, 1989.
- DATAPREV. **Sistema Síntese.**
- DONNANGELO, Cecília e PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. in: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO., 1989. p. 185.
- **Reviravolta na saúde - origem e articulação do Movimento Sanitário.** Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, Dissert. de Mestrado, 1987.
- FAORO, Raymundo. A aventura liberal numa ordem patrimonialista in **Revista USP**, nº 17 mar/abr/mai 1993 pp. 14-29.
- **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro.** Vol. I/II, Rio de Janeiro, Globo, 1989.
- FAVARET F^o, e OLIVEIRA. P. A Universalização Excludente. In **Dados - Revista de ciências Sociais,** Rio de Janeiro, Vol. 33 nº 2, 1990, pp. 257-283.
- **A Universalização Excludente: Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde.** Rio de Janeiro, UFRJ/IEI, 1989.
- FIORI, Luis. Democracia e Reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas. In: **Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde.** Vol 2, Ministério da Saúde, Brasília, 1992.
- FLEURI, Sonia. **Políticas Sociais e Estado Moderno.** ENSP-Fiocruz,(mimeo), 1988.
- **Estado, Poder e Democratização da Saúde.** In: Fleury, Sônia (org). **Saúde: Coletiva ? Questionando a onipotência do social.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

- GALLO, E. *et al.* **Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p. 184.
- **A Saúde como Questão Social no Brasil: a constante tensão entre um Modelo de Seguro Social e um Modelo de Seguridade Social,** ENSP, 1992, (mimeo).
- Crise Teórica e Crise Política - Impactos na Saúde Coletiva. In: FLEURY, Sonia (org). **Saúde: Coletiva ? Questionando a onipotência do social.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p. 68.
- GERSCHMAN, Silvia. **Movimentos sociais em saúde: em busca da reconstrução do social,** ENSP, 1991, mimeo.
- LUZ, Madel Terezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil da transição democrática - anos 80. In: **PHISIS**, (1): 77-96, 1991.
- MACPHEARSON, C. **Teoria Política do Individualismo Possessivo - de Hobbes a Locke.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.
- MARQUES, Marília Bernardes. Considerações sobre a Reforma Sanitária brasileira face ao novo paradigma tecnológico. In: **Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde.** Vol 2, Ministério da Saúde, Brasília, 1992.
- MARQUES, Rosa Maria. O financiamento da saúde e a lei de custeio da seguridade social in **Saúde em Debate** nº 37, dez/92, pp. 20-25.
- MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro, Zahar, 1967, pp. 57-220.
- MEDICI, André César e MARQUES, Rosa Maria. O processo orçamentário e a relação Executivo-Legislativo in **Saúde em Debate** nº 37, dez/92, pp. 31-35.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1993.
- Cinco razões para o fim do INAMPS. **Saúde em debate.** nº 39, jun. 93, pp. 26-34.

- O Consenso do Discurso e o Dissenso da Prática Social: Notas sobre a Municipalização da Saúde no Brasil. In: **Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde, Vol. 1.** Ministério da Saúde, Brasília, 1992, p 13-16
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios.** Vol. 1 Brasília, 1990.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde,** Brasília, 1986..
- MPAS/INAMPS. **Assistência Médica na Previdência Social: O INAMPS na Nova República.** Brasília, 1985.
- MPAS/MS/MEC/MT. Resolução CIPLAN no 06/84.
- NAVARRO, Vicente. Classe Social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina. In: **Textos de Apoio - Ciências Sociais,** Rio de Janeiro, ABRASCO/PEC-ENSP, no 1, 1983, pp. 88-100.
- NUNES, E. D.(org). **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo, Global, 1983.
- O'DONNEL, Guillermo. Anotações para uma teoria do Estado. In: **Revista de Cultura e Política,** Rio de Janeiro, Paz e Terra. ?
- OFFE, Claus e LENHARDT, Gero. Teoria do Estado e Política Social. Tentativas de explicação político-sociológica para as funções e os processos inovadores da política social. In: OFFE, Claus. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista.** Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.
- OFFE, Claus. Dominação de Classe e Sistema Político. Sobre a seletividade das instituições políticas. In: OFFE, Claus. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista.** Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984..
- Teses sobre a fundamentação do conceito de "Estado capitalista" e sobre a pesquisa política de orientação materialista In: OFFE, Claus. **Problemas estruturais do Estado capitalista.** Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984. pp. 122-137.

- OLIVEIRA, Jaime e TEIXEIRA, Sonia Fleury. **(Im)Previdência Social. 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Petrópolis, Vozes, 1986.
- OLIVEIRA, Valéria R. A política de assistência social no Brasil: evolução e perspectivas atuais. In: **Anais do XIII^o Encontro Anual da ANPAD**, 1989, Águas de São Pedro (SP), v. 3, p. 1382.
- PAIM, Jairnilsom. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. In: **Anais da 8a Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986.p. 46.
- PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO. **Compromisso de Governo 87-91.** Pedro Ivo Campos. Vol. 4 Santa Catarina, 1986.
- POLANNY, Karl. **A Grande Transformação: as origens da nossa época.** Rio de Janeiro, Campus, 1989.
- PORTELLI, Hughes. **Gramsci e o Bloco Histórico.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.
- PORTO, S. Financiamento dos sistemas locais de saúde. in: **Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana**, vol. 109, nº 5 e 6, 1990.
- POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o Poder, o Socialismo.** Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- ROZENFELD, Sueli. As atribuições da Vigilância Sanitária de Medicamentos. **Saúde em Debate** nº 19, set-out 87, pp. 54-55.
- SANTOS, W. G.. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira.** Rio de Janeiro, Campus, 1987.
- SIMÃO, Livia Mathias. Interação pesquisador-sujeito: a perspectiva da ação social na construção do conhecimento. In: **Ciência e Cultura (Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência)**, 41(12) : 1195-1212, dezembro (1989).
- TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre a democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO, 1989.
- TESTA, Mario. Atención ¿ primaria o primitiva ? de salud. In: **Pensar in Salud.** CESS/AMR, Caracas, Buenos Aires, Rio de Janeiro, 1986, (mimeo). pp. 125-137.

- Tendencias in planificación. in **Pensar en salud**. CESS/AMR, Caracas/ Buenos Aires/ Rio de Janeiro, 1986 (mimeo). pp. 82-88.
- TOWERS, PERRIN, FORSTER and CROSBY. A evolução do mercado do seguro-saúde privado. Seminário "Assistência Médica nos anos 90", São Paulo, 03/90
- VIANNA, Solon M. et alli. O Financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios. Sumário executivo. in **Cadernos da Nona**, Brasília, 1992.
- WEBER, Max. **Economia y sociedad - Esbozo de sociología comprensiva**. Cap. 3, México, Fondo de Cultura Econômica, 1964, pp. 170-212.

Anexo 1. TABELAS

**PARTICIPAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE NO PERÍODO
1983 - 1992
Estado de Santa Catarina**

ORÇ/REAL AGREG ANO	LEI ORÇAMENTÁRIA				DESPESA REALIZADA			
	POR ORGÃO PART %	POS	POR FUNÇÃO PART %	POS	POR ORGÃO PART %	POS	POR FUNÇÃO PART %	POS
1983	4,35	5	8,5	5	-	-	6,34	5
1984	4,23	5	8,04	4	-	-	5,43	7
1985	5,14	5	10,4	4	-	-	6,83	5
1986	6,09	5	9,46	4	-	-	8,31	3
1987	4,96	4	8,31	6	4,32	3	7,26	5
1988	8,8	3	13,18	3	9,41	4	12,69	3
1989	18,34	2	21,82	2	5,02	6	5,48	5
1990	11	3	12,32	3	5,01	6	5,27	5
1991	9,42	3	-	-	-	-	-	-
1992	13,19	4	14,05	5	-	-	-	-

Obs: (-) são relacionados a dados não disponíveis. A área hachurada é o período de interesse da pesquisa.

Fonte: Secretaria da Fazenda e Planejamento de Santa Catarina

Comparativo da despesa autorizada com a realizada - Período 1987-1990.
Secretaria Estadual da Saúde - Santa Catarina.

Exercício	Dotação	Créditos Suplement	Créditos Anulados	Crédito Autorizado	Despesa Realizada	Diferença	% Utilizado
1983	11.224.091.000	8.794.125.013	4.807.260.845	15.210.955.168	12.884.903.188	2.326.051.980	84,71%
1984	20.783.910.000	33.152.155.903	6.285.146.000	47.650.919.903	41.997.209.149	5.653.710.754	88,14%
1985	92.808.088.000	133.956.886.435	39.085.327.523	187.679.646.912	156.780.213.916	30.899.432.996	83,54%
1986	642.329.095	408.233.150	355.548.572	695.013.673	582.406.278	112.607.395	83,80%
1987	906.115.571	3.395.565.690	261.385.473	4.040.295.788	1.619.554.476	2.420.741.312	40,09%
1988	7.165.819.980	30.058.988.678	1.679.960.920	35.544.847.738	25.010.431.738	10.534.416.000	70,36%
1989	71.758.070	1.744.393.378	201.312.725	1.614.838.723	251.207.499	1.363.631.224	15,56%
1990	3.986.651.746	21.086.225.225	192.036.210	24.880.840.761	7.017.991.155	17.862.849.606	28,21%

Comparativo da despesa autorizada com a realizada - Período 1987-1990.
Todos os órgãos - Estado de Santa Catarina.

Exercício	Dotação	Créditos Suplement	Créditos Anulados	Crédito Autorizado	Despesa Realizada	Diferença	% Utilizado
1987				43.487.534.791	37.414.662.096	6.072.872.695	86,04%
1988				301.046.609.614	265.933.926.056	35.112.683.558	88,34%
1989				8.645.762.355	4.999.797.700	3.645.964.655	57,83%
1990				203.154.797.637	140.114.899.400	63.039.898.237	68,97%

Fonte: Secretaria da Fazenda e do Planejamento de Santa Catarina

PERFIL DAS DESPESAS DO SETOR SAÚDE POR FONTE - PERÍODO 1987/1990
Estado de Santa Catarina

Exercício Orçamentário	Cód	1987			1988				
		Gabinete	Ent Superv	Total exerc	%	Gabinete	Ent Superv	Total exerc	%
Fonte dos recursos									
Ordinários não vinculados	00	95126984	501686437	596813421	49,47%	136868400	1697749200	1834617600	25,23%
Diretamente arrecadados	40	0	300405000	300405000	24,90%	0	105987420	105987420	1,46%
Operações de crédito internas	51	103465000	68130000	171595000	14,22%	0	631493820	631493820	8,68%
Operações de crédito externas	61	53200000	0	53200000	4,41%	315624600	0	315624600	4,34%
Convênio com Órgãos Federais	81	84507150	0	84507150	7,00%	1374027840	3010056120	4384083960	60,29%
TOTAL GERAL		336299134	870221437	1206520571	100,00%	1826520840	5445286560	7271807400	100,00%

Exercício Orçamentário	Cód	1989			1990				
		Gabinete	Ent Superv	Total exerc	%	Gabinete	Ent Superv	Total exerc	%
Fonte dos recursos									
Ordinários não vinculados	00	399235200	6673838400	7073073600	8,64%	209983620	911120782	1121104402	21,57%
Diretamente arrecadados	40	0	10127008800	10127008800	12,37%	0	1211112870	1211112870	23,30%
Operações de crédito internas	51	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
Operações de crédito externas	61	1288800	0	1288800	0,00%	73699868	41280976	114980844	2,21%
Convênio com Órgãos Federais	81	35974593600	28709114400	64683708000	78,99%	2750566500	0	2750566500	52,92%
TOTAL GERAL		36375117600	45509961600	81885079200	100,00%	3034249988	2163514628	5197764616	100,00%

Fonte: Secretaria da Fazenda e Planejamento de Santa Catarina.

DETALHAMENTO DA DESPESA - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - 1987-1990
Estado de Santa Catarina

Exercício Projeto/Atividade	1987		1988		1989		1990	
	Cz\$	%	Cz\$	%	NCz\$	%	NCz\$	%
Coordenação e Manutenção dos Serviços Administrativos	14913323	1,56%	97667100	1,37%	771943200	1,08%	31961556	0,80%
Estudos e Pesquisas especiais no campo da Saúde	13200	0,00%		0,00%		0,00%		0,00%
Coleta, processamento e análise de informações da Saúde	1148800	0,12%	56516120	0,79%	456252000	0,64%		0,00%
Administração de Projetos do Setor Saúde	228800	0,02%	17428500	0,24%	2510400	0,00%		0,00%
Construção, Ampliação, Adaptação e Recup. de Unid. Hospitalares	5244000	0,55%		0,00%	571200000	0,80%		0,00%
Construção do Laboratório Industrial	5200	0,00%	11340000	0,16%	172800000	0,24%		0,00%
Construção, Ampliação e Recuperação de Unidades Sanitárias/PAMs	20363800	2,14%	101213820	1,42%	1666946400	2,34%		0,00%
Construção de Centros de Hematologia e Hemoterapia	2504800	0,26%	17389080	0,24%	352320000	0,49%		0,00%
Construção de Área Física para o Setor Saúde/SES/DSP/FHSC	9000000	0,94%	51803280	0,73%		0,00%		0,00%
Construção de Sedes dos Centros Administr. Regionais de Saúde		0,00%	19311480	0,27%	411600	0,00%		0,00%
Construção e Equip. de Almoxtarifados Regionais de Medicamentos		0,00%	11390220	0,16%		0,00%		0,00%
Subvenção a Instituições Hospitalares Privadas	52800000	5,54%	99493380	1,40%	302400000	0,42%	39775966	1,00%
Serviço de Verificação de Óbitos	1054800	0,11%	8694540	0,12%	50400000	0,07%		0,00%
Estudos e Projetos	1041600	0,11%		0,00%		0,00%		0,00%
Educação em Saúde e Desenvolvimento de Recursos Humanos	69630	0,01%	7825140	0,11%	72000000	0,10%		0,00%
Equipamento e Reequip. de Unidades Hospitalares e Complementares	110464400	11,58%	21816000	0,31%	537823200	0,75%		0,00%
Equipamento e Reequipamento de Unidades Sanitárias	4560386	0,48%	92339460	1,30%	651664800	0,91%		0,00%
Fundo Estadual de Saúde	83000000	8,70%	5097600	0,07%	1538640000	2,16%	2961512466	74,30%
Atenção Integrada em Saúde	30128800	3,16%	248131080	3,48%	2620800000	3,67%		0,00%
Desenvolvimento de Ações Integradas de Reforma Agrária		0,00%	5400	0,00%	1200000	0,00%		0,00%
Implementação das Ações Integradas de Saúde - AIS	900000	0,09%		0,00%		0,00%		0,00%
Descentralização dos Serviços de Saúde		0,00%	497105640	6,98%	2460720000	34,50%		0,00%
Aquisição de Medicamentos Básicos	8200000	0,86%	108000000	1,52%	948000000	1,33%		0,00%
Manutenção da Coordenação de Medicamentos Básicos	172795	0,02%		0,00%		0,00%		0,00%
Saneamento Básico	38004800	3,99%	313713000	4,40%	78794400	0,11%		0,00%
Construção, Ampliação e Reforma de Labs de Análises Clínicas		0,00%		0,00%	84000000	0,12%		0,00%
Equipamento e Reequipamento de Laboratórios de Análises Clínicas		0,00%		0,00%	447600000	0,63%		0,00%
Serviço de Informações Toxicológicas		0,00%		0,00%	12240000	0,02%		0,00%
Programação a cargo da Fundação Hospitalar de Santa Catarina	352023532	36,91%	2991096180	41,98%	18909458400	26,51%	582999010	14,63%
Programação a cargo do Departamento Autônomo de Saúde Pública	217792905	22,84%	2348202960	32,95%	16473494400	23,09%	369402748	9,27%
Total	953635571	100,00%	7125579980	100,00%	71330098800	100,00%	3985651746	100,00%

Obs: Algumas rubricas foram agregadas para facilitar a apresentação dos dados. As células em branco correspondem a valores não orçamentados no exercício.

DESPESAS DA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE: EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DA UNIÃO E DO ESTADO.

Período 1983 - 1989

Estado de Santa Catarina.

Exerc	Transf Fed (1)	Cr\$ Atual (2)	Evolução	Outras fontes (4)	Cr\$ Atual	Evol	Total	Cr\$ Atual	Evol
1983	12.234.467.588	312.991.650.395.308.000	100	14.371.927.006	367.673.797.050.304.000	100	26.606.394.594	680.665.447.445.613.000	100
1984	50.443.194.332	344.895.332.674.746.000	110	40.750.645.150	278.624.450.767.659.000	76	91.193.839.482	623.519.783.442.405.000	92
1985	171.392.348.788	416.955.901.110.800.000	133	152.121.257.598	370.074.023.072.861.000	101	323.513.606.386	324.360.747.048.634.000	48
1986	622.240.201	623.869.575.980.797	199	582.416.928	583.942.023.243.526	159	1.204.657.130	1.207.811.600.226.940.000	177
1987	1.189.305.503	367.235.373.058.961	117	1.461.690.058	451.342.646.941.577	123	2.650.995.561	818.578.020.000.538	120
1988	39.516.404.890	1.555.380.139.930.780	497	8.300.923.053	326.727.365.398.492	89	47.817.327.944	1.882.107.505.368.640.000	277
1989	78.928.821.000	218.728.361.211.098	70	172.278.678.000	477.420.445.828.709	130	251.207.499.000	696.148.807.039.807	102

Fonte: Secretaria da Fazenda e Planejamento SC - Coordenadoria de Administração Financeira / Balançetes mensais da Secretaria Estadual da Saúde

Notas: (1) Incluem recursos orçamentários da Fonte 81 e os recursos extra-orçamentários transferidos pelo governo federal até 1988.

(2) Valores históricos anuais atualizados pelo IGP - DI da Fundação Getúlio Vargas para o mês de julho de 1993.

(3) 1983 = 100

(4) Inclui recursos ordinários não vinculados e todas as outras fontes

DESPESAS DA SECRETARIA DA SAÚDE SEGUNDO AS FONTES DE RECEITA - PERÍODO 1987 - 1990
Estado de Santa Catarina

EXERCÍCIO	1987			1988			1989			1990		
	<i>Gasto Realizado</i>	<i>PART %</i>										
<i>FONTE</i>												
Ordinários não vinculados	12884903188	48,43%	41997209149	46%	156780213916	48%	582416928	48%	0	0%	0	0%
Operações de crédito internas	0	0,00%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Operações de crédito externas	0	0,00%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Transferências federais	13721491406	51,57%	49196630332	54%	166733392470	52%	622240201	52%	622240201	52%	622240201	52%
Total	26606394594	100,00%	91193839481	100%	323513606386	100%	1204657129	100%	1204657129	100%	1204657129	100%
<i>FONTE</i>												
Ordinários não vinculados	7751097753	16%	168925922	67%	5679846273	84%	0	0%	0	0%	0	0%
Operações de crédito internas	0	0%	0	0%	1113237	1%	73340188	1%	73340188	1%	73340188	1%
Operações de crédito externas	549825300	1%	2239389	83%	78928951	31%	1042710225	15%	1042710225	15%	1042710225	15%
Transferências federais	39516404890	83%	47817327943	100%	251207499	100%	6795896686	100%	6795896686	100%	6795896686	100%
Total	47817327943	100%	47817327943	100%	251207499	100%	6795896686	100%	6795896686	100%	6795896686	100%

Fonte: Balançetes Mensais da Secretaria da Saúde e Secretaria da Fazenda e Planejamento de Santa Catarina

Observações: Células em branco correspondem a valores não disponíveis.