

A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SANTA CATARINA

Flávio Magajewski¹

RESUMO

O texto é uma adaptação da dissertação defendida pelo autor em 1994 no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o título “Seletividade Estrutural e a Construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no período 1987-1991”. Procura recuperar, no período estudado, a dinâmica social ocorrida em torno dos interesses contrários e a favor da reforma do Sistema Nacional de Saúde estruturado no período autoritário. A partir do referencial teórico disponível e dos atores sociais no âmbito nacional, o autor identifica representantes das diversas correntes em disputa no plano estadual, a maioria dos quais instituídos de cargos na estrutura estadual e federal do setor saúde existente, especialmente a Superintendência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, a Secretaria Estadual de Saúde, o Departamento Autônomo de Saúde Pública e a Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Recuperando falas e opiniões dos entrevistados, a história desse período desvela os conflitos ocorridos no período, indicando a forte reação corporativa da categoria médica e a divisão político-ideológica que marcou as posições dos atores sociais que construíram a política nacional de saúde no âmbito estadual.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Santa Catarina; Políticas Sociais; Reforma dos Serviços de Saúde; Reforma do Estado.

1 INTRODUÇÃO

A identificação e caracterização dos atores sociais que participaram da grande transformação setorial, que foi a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em Santa Catarina (SC) em seus primeiros momentos (meados da década de oitenta até o início dos anos noventa) têm sua justificativa na perspectiva da recuperação da história da reforma do Estado mais bem sucedida no campo das políticas sociais ocorridas no Brasil.

A organização deste texto está alinhada ao pressuposto de que a sociedade se caracteriza pelo conflito de interesses, sendo as políticas públicas, entre outras questões, o resultado da correlação de forças no âmbito da sociedade civil e da natureza das demandas dirigidas 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 SUS no Brasil e, mais especificamente, em Santa Catarina no período privilegiado neste recorte histórico: 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 pode constatar na década de noventa, no bojo do processo denominado de “universalização excludente”, foi a emergência de um sistema de saúde crescentemente privado e segmentado,

¹ Médico Pediatra. Sanitarista. Mestre em Administração. Doutor em Engenharia de Produção. Diretor de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde. Professor do Curso de Medicina da UNISUL.

próximo do modelo liberal norte-americano. Enquanto isso o SUS dava sinais de fragilidade com sub-financiamento, estratégias e instrumentos insuficientes para a gestão do novo modelo descentralizado que tinha sido recém estabelecido nas Leis 8080/90 e 8142/90. (FAVARET, 1989).

Na perspectiva da compreensão da dinâmica 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 caracterizam uma sociedade assimétrica como a brasileira, um espaço de análise possível para o esclarecimento do problema que se propõe enfrentar: o esclarecimento do caráter político-institucional do processo de construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina.

2 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS EM LUTA PELA HEGEMONIA NA ÁREA DA SAÚDE

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:

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 Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A justificativa para tal era a de que os contratos "não concediam direitos, somente deveres". (SEGURO..., 1988).

Este segmento, hegemônico até o final da década de setenta, pode ser caracterizado como relativamente dependente do Estado para a realização dos seus propósitos mercantis, já que se originou historicamente a partir de subsídios públicos, 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);
- **ideologicamente**, os interesses privados se defrontaram com uma crise de credibilidade reforçada pelas freqüentes denúncias de fraudes e desvios, colocando o segmento inteiro, representado no âmbito nacional pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), e no âmbito 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, omissão de socorro); intervenção estatal no caso de negligência ou de interesse público e falta de critérios de reajuste. (HOSPITAIS..., 1987c).

O tema das negociações entre o governo federal e o estadual visando a transformação setorial, tratado em editorial do Diário Catarinense, 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.” (HOSPITAIS, 1987a).

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, à 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 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 oportunidade que o funcionamento precário e ineficaz deste produzia ao permitir a ampliação do mercado da atenção médica supletiva. Esta dependência, entretanto, se deu qualitativamente de uma outra forma, produzindo a autonomia do capital privado em relação ao sistema público e ampliando a oferta de assistência supletiva na forma de seguros e planos de saúde em 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"² 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 viabilização efetivou finalmente, no final da década de oitenta, o sistema plural defendido pela iniciativa privada. (HOSPITAIS..., 1987d).

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 UNIMEDS, e os grupos financeiros envolvidos com formas diversas de seguro-saúde, entre outros segmentos ligados a formas de

² 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.

atenção médica supletiva³, 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 competitiva 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 tecnologicamente, se autonomizou gradativamente do Estado pelo rompimento dos contratos e convênios que o ligavam à previdência e 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.

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 categoria. (HOSPITAL..., 1987). 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 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 supervisionada pela Secretaria Estadual da Saúde e financiada majoritariamente pelo governo estadual, constituindo-se como órgão relativamente autônomo sob o ponto de vista administrativo. 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

³ 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.

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 ACM⁴.

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 Catarina⁵. (DIÁRIO CATARINENSE, 1987a).

A indústria farmacêutica, mais visível e atuante no âmbito nacional, 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, eram freqüentes as notícias dando conta do desabastecimento provocado pelo boicote das empresas multinacionais, detentoras de mais de 90% do mercado farmacêutico do país. (MEDICAMENTOS..., 1987).

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 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, 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" (DIÁRIO CATARINENSE, 1987b), proposta de nítida inspiração neoliberal, que deixava ao Estado apenas a responsabilidade da produção de serviços sem qualquer interesse empresarial.

As ações coletivas, caracterizadas pela necessidade de longo tempo de maturação e pela sua indivisibilidade, tornam-se inadequadas para a sua regulação via mercado, sendo menos interessantes como insumos-produto do processo de valorização do capital. Por outro lado, garantindo o espaço da produção de serviços individuais, curativos, hospitalares e de alta tecnologia no campo da saúde para os interesses do capital, e excluído o Estado da perspectiva de regulação pública destes bens, o espaço de apropriação privada adequado às práticas comerciais lucrativas está criado. 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

⁴ 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.

⁵ 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.

reedição da Lei 6229/76 que 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, unido em torno da apropriação mercantil do setor saúde, foi denominado "**complexo médico-industrial-farmacêutico**", 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 no âmbito da gestão pública setorial 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.

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. Sua composição incluiu membros da academia, servidores federais defensores da racionalização e moralização dos gastos setoriais, e 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. (MEDICAMENTOS..., 1987). 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. (SCOREL, 1989, p. 185).

Esta identidade grupal se deu, ainda segundo Scorel, 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. (SCOREL, 1987).

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.

R. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jul. 2009

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 Saúde⁶, 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 PMDB. (DA ROS, 1991). 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 aqui relatada, tinha tido passagem como líder estudantil, sendo inclusive preso pela ditadura militar⁷. Assumindo a Secretaria Municipal de Saúde em Criciúma, realizou um bom trabalho, em parte pelo uso dos recursos das 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 articulada. (DA ROS, 1991).

O aprofundamento geral da consciência da possibilidade de luta concreta pela melhoria da qualidade de vida e o posicionamento de diferentes grupos sociais em 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 trinta e dois 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". (CHAPECÓ..., 1987).

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

⁶ 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.

⁷ 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".

partidários da estatização dos serviços, ou, mantendo a característica das discussões da época, os que eram contra ou a favor da reforma sanitária.

3 A OCUPAÇÃO DE POSIÇÕES NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL EM 1987

Neste cenário de acirramento de posições, surpreendendo a militância do movimento sanitário, a gestão setorial em nível estadual, com a vitória de Pedro Ivo Campos em 1986, foi entregue a um político sem qualquer militância na saúde pública, 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 que em uma posição de inferioridade.

No preenchimento das funções executivas de segundo escalão da estrutura de gestão da 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 à autarquia 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 DSP (ou DASP como era chamado) ficou sendo majoritariamente dirigido por simpatizantes do movimento sanitário, com algumas posições vinculadas à defesa corporativa dos servidores do Departamento.

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 sua estrutura político-administrativa profissionais ligados à defesa de interesses corporativos dos servidores por um lado, e após a indicação de Aurélio Rótolo Araújo⁸ para a Superintendência da Fundação, 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 vinham conquistando postos-chaves na Fundação desde o início do processo de indicação para funções e cargos da FHSC, que se deu com a acumulação temporária da Secretaria Estadual da Saúde e da Fundação Hospitalar pelo Secretário Martinho Ghizzo.

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 exceção do grupo vinculado ao Secretário Adjunto, que ocupou um espaço até então sempre ligado à legitimação técnica das propostas conservadoras inspiradas

⁸ 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 padrão geral da instituição, que beneficiava inúmeros médicos: o exercício profissional no espaço público com características privadas: o usufruto de equipamentos – no caso máquinas de hemodiálise - e remuneração através de pagamento de pró-labore.

no Gabinete do Secretário 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, o conflito 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 equívoco”. (COELHO, 1993).

4 A AÇÃO DOS ATORES SOCIAIS DA ÁREA DA SAÚDE EM SANTA CATARINA

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 .(CAMPANHA..., 1987).

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, os empresários proprietários de hospitais contratados pela Previdência foram o grupo de atuação pública mais ativa no período, provavelmente por necessitarem da comoção da opinião pública para alcançarem seus objetivos.

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 (1993), 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 prá identificar essa posição ou não. Mas o que eles alegavam é que prá 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”.

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”. (BONASSIS, 1993).

Este tipo de posição corporativa assumido pela direção da Superintendência era nítido para todos os que viviam a problema institucionalmente. 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 dos segurados 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 conversa parava. E aí todas as decisões passavam ao largo da Secretaria”. (MACARI, 1992).

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 Oitava 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 o segmento do seguro-saúde se expandido de forma surpreendentemente rápida neste período, alternativa de financiamento que satisfaz 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.

5 A CAMPANHA ELEITORAL PARA A PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS EM 1987

A campanha eleitoral para as prefeituras municipais em todo o estado em 1987, 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. (DIÁRIO CATARINENSE, 1988).

Knoll (1993) indica de forma mais detalhada o desequilíbrio dos debates que aconteciam dentro dos partidos políticos e o que ocorria em um âmbito mais amplo:

“Com relação aos partidos políticos, em Santa Catarina essa discussão caminhou pouco. Em nível nacional, sim, a indústria médica, a indústria 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”.

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.

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. (NO SEU DIA..., 1988).

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. (SALVADOR, 1988).

Os interesses empresariais em expansão pela ampliação da cobertura da 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. (SEGURO..., 1988).

6 A DISPUTA PELA DIREÇÃO DA SES

Os servidores do DSP em 1988 preparavam greve posicionando-se contra a privatização do setor e exigindo melhores salários, participação da comunidade na implantação do SUDS e prestação de contas dos recursos recebidos do governo federal. No mesmo período, os servidores do setor saúde municipal (Florianópolis) e a Previdência Social paralisaram atividades reivindicando melhores condições de trabalho.

Qualificando os grupos de oposição à reforma sanitária, seus discursos e interesses, Knoll (1993) agrupou assim os vários interesses em disputa, 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 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. 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 espaços de trabalho. Talvez a maneira como se levou a proposta aos funcionários foi ruim. A idéia que eles tinham é que o SUS ia acabar com seus espaços de trabalho, ou seja, ficar na mão do governo, então era o medo de perder seu status, mas não tinham também uma proposta pronta pra se opor”.

“A Fundação Hospitalar e seus diretores atuavam como representantes dos interesses da corporação. O pessoal do DSP não se contrapunha à idéia do SUS, mas 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. O Martinho fazia esse jogo, muitas vezes, o discurso pela imprensa até agradava, como progressista, mas, na verdade ele funcionava como um balcão de negócios da iniciativa privada”.

O mesmo entrevistado, historiando o posicionamento dos Secretários de Estado com relação à proposta em implantação e suas características na condução do processo, sintetizou a participação dos mesmos conforme relatado abaixo:

“No período do Walmor de Luca 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. Mesmo assim, ele fazia o jogo da corporação médica pra não se queimar politicamente, pois seu interesse era muito mais eleitoral. Embora 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 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. 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 compra de computadores, compra de equipamentos, obras no 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, que então tinha que acomodar os interesses de Joinville, onde a UNIMED era muito forte”. (KNOLL, 1993).

7 A CAMPANHA ELEITORAL DE 1989

A campanha eleitoral para o cargo de Presidente da República, a primeira desde 1959 e incorporando ainda neste ínterim 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 (SIDERÓPOLIS..., 1989, p. 9) se alinhavam como:

Sociais-democratas/socialistas:

- 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.
- Ulisses Guimarães, do PMDB, prometia otimizar o SUDS e descentralizar as ações de assistência social. As contribuições sobre o rendimento dos empregadores aumentariam, viabilizando uma maior participação do Estado na área da saúde.
- 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.
- 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.
- 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.

Neoliberais:

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

8 A CAMPANHA ELEITORAL ESTADUAL EM 1990

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. No âmbito estadual reproduziram-se as linhas político-ideológicas já apresentadas na eleição presidencial, com a incorporação de um fato novo que desarticulou parte das forças de esquerda tanto no 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. Néelson 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. (DIÁRIO CATARINENSE, 1990, p. 22).

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 Mendes (1992), 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 no âmbito federal com Fernando Collor de Mello. A primeira iniciativa político-administrativa do novo Governador empossado em 1991 foi a extinção da Fundação Hospitalar de Santa Catarina e do Departamento de Saúde Pública, extinguindo as instâncias regionais e centralizando a gestão setorial com repercussões importantes no decorrer de toda a gestão.

A ampliação do direito à saúde garantida na Constituição Federal, tolhida pelos interesses neoliberais que dominaram o poder público no âmbito federal e estadual, só seria parcialmente concretizada quase uma década mais tarde com a implementação de instrumentos de gestão e competência mais descentralizadas, a explicitação de mecanismos e responsabilidades de financiamento crescentes e a expansão do Programa de Saúde da Família, entre outras ações relevantes no âmbito setorial.

9 CONCLUSÃO

Vinte anos depois desse período cheio de dúvidas e incertezas, em torno da institucionalização da política de saúde que se elaborava quase ao mesmo tempo em que se tornava concreta, comemora-se duas décadas desde que o Sistema Único de Saúde – nascido por conta da promulgação histórica da Constituição em 1988 – foi assumido pela sociedade brasileira como a política nacional de saúde a ser implantada com os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade.

Poucos ainda lembram que o sistema de saúde que atendia as necessidades dos brasileiros antes de 1988 tinha sérios problemas. Sem dúvida a realidade setorial se transformou significativamente, e para melhor. Nem sempre favorável aos que pretendiam construir um sistema de saúde que resgatasse a cidadania brasileira. É possível comemorar o que foi feito e também tudo o que ainda precisamos fazer, dentro e fora da área da saúde, para fazer do SUS uma política de saúde que resgate a saúde como direito efetivo de cidadania.

Os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação popular com diretrizes de organização descentralizada, regionalizada e hierarquizada ainda não estão plenamente consolidados no país, em parte porque colidem com interesses estabelecidos, alguns dos quais identificados neste trabalho.

Entretanto, poucas iniciativas políticas neste país caracterizado pela exclusão, desigualdade, fragmentação e centralismo podem ser avaliadas de forma tão positiva após vinte anos de implementação quanto o SUS. É surpreendente, inclusive, comemorar vinte anos de implementação de uma MESMA política social, já que não há longas histórias para contar em praticamente nenhuma política pública.

O texto apresentado é uma tentativa de valorizar a história desta política bem sucedida e alguns dos seus personagens. Anônimos, mais de cento e oitenta milhões de brasileiros observam, utilizam e às vezes sofrem os resultados dessa trajetória construída também anonimamente por centenas de milhares de trabalhadores de saúde. Este texto é dedicado a ambos, sujeitos nem sempre lembrados deste projeto em construção que tem forte semelhança com os brasileiros e seu principal traço de caráter: a esperança.

THE CONSTRUCTION OF THE UNIQUE SYSTEM OF HEALTH IN HOLY CATARINA

ABSTRACT

The text is an adaptation of chapter five of the dissertation defended for the author in 1994 in the Program of After-Graduation in Administration of the Federal University of Santa Catarina, under the heading “Structural Selectivity and the Construction of the Only System of Health in Santa Catarina in period 1987-1991”. Search to recoup, in the studied period, the occurred social dynamics around the contrary interests and in favor of the reform of the National System of Health structuralized in the authoritarian period. From the available theory and of the social actors in the national scope, the author identifies representatives of diverse chains in dispute in the state plan, the majority of which instituted of positions in the state and federal structure of the sector existing health, especially the Supervision of the National Institute of Medical Assistance of the Social welfare, the State Secretariat of Health, the Independent Department of Public Health and the Hospital Foundation of Santa Catarina. Recouping you say and opinions of the interviewed ones, the history of this period partially showed the conflicts occurred in the period, indicating the strong corporative reaction of the medical category and the politician-ideological division that the positions of the social actors marked who had constructed the national politics of health in the state scope.

Keywords: Unique System of Health; Santa Catarina; Social politics; The Reformation of the Services of Health; The Reformation of the State.

R. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jul. 2009

REFERÊNCIAS

- BARATIERI, R. Entrevista concedida a Flávio Magajewski. 1993.
- CAMPANHA tenta salvar o hospital de caridade. **Diário Catarinense**, p. 3, 11 ago. 1987.
- BONASSIS, J. B. Entrevista concedida a Flávio Magajewski. 1993.
- CAMPOS, G. W. de S. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- CHAPECÓ não recebe verba para a saúde. **Diário Catarinense**, p. 9, 8 abr. 1987.
- COELHO, C. C. Entrevista concedida a Flávio Magajewski. 1993.
- DA ROS, M. A. **Um drama estratégico**: o movimento sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FioCruz, Rio de Janeiro, 1991.
- DIÁRIO CATARINENSE, p. 6, 3 jul. 1987a.
- DIÁRIO CATARINENSE, p. 12, 24 ago. 1987b.
- DIÁRIO CATARINENSE, p. 15, 22 jul. 1988.
- DIÁRIO CATARINENSE, p. 22, 3 jun. 1990.
- ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (Org). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo; Rio de Janeiro : Cortez; ABRASCO, 1989.
- _____. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. 1987. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FioCruz, Rio de Janeiro, 1987.
- HOSPITAL ameaça de diminuir leitos. **Diário Catarinense**, p. 9, 25 mar. 1987.
- HOSPITAL sem funcionários só tem três leitos na UTI. **Diário Catarinense**, p. 7, 28 mar. 1987.
- HOSPITAIS. **Diário Catarinense**, p. 4, 13 jun. 1987.
- HOSPITAIS de Brusque não atendem o INAMPS. **Diário Catarinense**, p. 5, 27 mar. 1987.
- HOSPITAIS não aceitam novo contrato-padrão. **Diário Catarinense**, p. 8, 23 abr. 1987.
- HOSPITAIS pedem aumento da diária da previdência. **Diário Catarinense**, p. 22 abr. 1987.
- HOSPITAIS usam soros líquidos contaminados. **Diário Catarinense**, p. 15, 24 abr. 1987.
- KNOLL, B. M. Entrevista concedida a Flávio Magajewski. 1993.
- MACARI, E. L. Entrevista concedida a Flávio Magajewski. 1992.
- R. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jul. 2009

MENDES, E. V. O consenso do discurso e o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. In: Conferência Nacional de Saúde. 9. 1991. **Cadernos...** Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

MEDICAMENTOS sobem hoje 35%. **Diário Catarinense**, p. 23, 25 mar. 1987.

NO SEU DIA o grito do hospital. **Diário Catarinense**, p. 17, 2 jul. 1988.

SEGURO saúde. **Diário Catarinense**, p. 19, 7 ago. 1988.

SIDERÓPOLIS. **Diário Catarinense**, p. 9, 30 set. 1989.