

revista
poli saúde
educação
trabalho

Ano I — N.º. 01 — set./out. 2008

Impresso
Especial
9912213586 DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz
CORREIOS

ESPECIAL

Constituição Cidadã completa 20 anos

conquistas em Saúde, Educação
e Seguridade Social



Conheça o POLI

Direção
55(21)3865-9700

Vice-Direção de Desenvolvimento Institucional
55(21)3865-9707

Vice-Direção de Ensino e Informação
55(21)3865-9729

Vice-Direção de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico
55(21)3865-9705

Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde
55(21)3865-9745

Grupo de Trabalho em Saúde Mental
55(21)3865-9755

Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde
55(21)3865-9780

Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde
55(21)3865-9765

Laboratório de Educação Profissional em Manutenção de Equipamentos de Saúde
55(21)3865-9788

Laboratório de Educação Profissional em Técnicas Laboratoriais em Saúde
55(21)3865-9784

Grupo de Trabalho de Biossegurança
55(21)3865-9743

Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde
55(21)3865-9770

Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde
55(21)3865-9720

Laboratório de Iniciação Científica na Educação Básica
55(21)3865-9740

Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde
55(21)3865-9750

Coordenação de Administração
55(21)3865-9820

Coordenação de Cooperação Internacional
55(21)3865-9730

Coordenação de Comunicação, Divulgação e Eventos
55(21)3865-9860

Coordenação Editorial da Revista Trabalho, Educação e Saúde
55(21)3865-9850

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde
55(21)3865-9732

Coordenação Geral do Ensino Técnico de Nível Médio em Saúde
55(21)3865-9728

Biblioteca Emília Bustamante
55(21)3865-9840

Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde
55(21)3865-9892

Secretaria Escolar
55(21)3865-9865

Serviço de Informática
55(21)3865-9810

Serviço de Manutenção de Equipamentos e Instalações Prediais
55(21)3865-9870

Capa	
Reivindicações Sociais durante a ditadura apontam a necessidade de redemocratização	04
Nasce a Constituição Cidadã em 1988	06
Educação: direito universal público e gratuito	08
Do seguro à seguridade social	10
8ª Conferência Nacional de Saúde: o SUS ganha forma	12
Saúde tem seção específica na Constituição Cidadã	14
Os anos seguintes: a onda neoliberal	17
Entrevista	
Gastão Wagner - SUS: 20 anos depois	19
Livro	
Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde	22
Outros Destaques	22
Almanaque	23
Pra Lembrar	23
Profissão	
ACS: um trabalhador inventado pelo SUS	24
Dicionário	
Politécnica	25

História recente em nosso país, a criação do SUS completa, neste ano de 2008, 20 anos de existência. Apesar de suas imensas dificuldades, dentre as quais questões relacionadas ao financiamento, assim como à formação dos trabalhadores da saúde, o SUS pode ser considerado uma grande obra societária, uma instituição do homem a favor da saúde da população.

Há que se comemorar a existência do SUS de maneira coerente com métodos e sentido utilizados, fundamentais à época da sua criação, ou seja, através de debates e de confrontação crítica envolvendo áreas diversas do conhecimento. É com esse 'espírito' que a EPSJV/Fiocruz comemora esses 20 anos do SUS, promovendo debates e informações e lançando esta revista jornalística que, no seu primeiro número, buscar levar aos leitores contribuições à elucidação de questões atuais do sistema de saúde brasileiro e suas inflexões sobre a formação dos trabalhadores da saúde.

O projeto de comunicação da Escola Politécnica, no qual esta revista se insere, tem como marco o fato de tratar-se de uma instituição pública, federal, que, como unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz, se apresenta como organização de Estado, capaz de propor e apoiar políticas públicas permanentes. Consideramos com isso que a função da comunicação seja, principalmente, a de contribuir para a formação política, ética e técnico-científica dos sujeitos que atuam na área.

Entendemos que a comunicação ganha importância quando se entende, cada vez mais, que a participação social precisa se dar para além dos espaços institucionalizados pelo SUS. Ela se apresenta, portanto, como o caminho que deve não só 'informar' a sociedade sobre o que se passa em determinado campo mas também propiciar espaços de debate e construção coletiva e democrática. Supomos com isso que, se os espaços públicos de construção da democracia se retraem, a comunicação — com suas mediações e tecnologias — pode buscar facilitar o debate público. Mas, para isso, é preciso que ela seja assumida como caminho e estratégia por instituições como a EPSJV/Fiocruz que, diferente da grande mídia, sejam capazes de pautar um outro olhar, contra-hegemônico, sobre o mundo, propiciando um outro tipo de diálogo com a sociedade.

André Malhão

Diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz

Ano I - Nº 01 - set./out. 2008
Revista POLI: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde.

Editora

Cátia Guimarães - MTB: 2265/RJ

Repórter e redatora

Juliana Chagas

Estagiárias de jornalismo

Raquel Torres

Maíra Mathias

Projeto Gráfico

Zé Luiz Fonseca

Diagramação

Marcelo Paixão

Assistente de Comunicação

Angela Motta

Assistente de Gestão Educacional

Luciane Vicente

Tiragem

10.000 exemplares

Periodicidade

Bimestral

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz

Paulo Buss

Diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

André Malhão

André Malhão

Endereço

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 305

Av, Brasil, 4.365 - Manguinhos, Rio de Janeiro

CEP: 21040-360

Tel.: (21) 3865-9718 - Fax: (21) 2560-7484

comunicacao@epsjv.fiocruz.br

www.epsjv.fiocruz.br





Érik Barros Pinto / Programa Radis / Ensp / Fiocruz

Paradeando por uma nova Constituição Federal

Reivindicações
sociais durante
a ditadura
apontam a
necessidade de
redemocratização

Movimentos da área
da saúde nascem nos
anos 70 e repensam
modelo de assistência

Juliana Chagas
Raquel Torres

No final da década de 70, começaram a se esboçar as mudanças políticas que aconteceriam no Brasil e culminariam, em outubro de 1988, na nova Constituição Federal. Esse processo faz parte do contexto em que foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que em 2008 comemora 20 anos.

As transformações começaram a ganhar contorno após o que ficou conhecido como ‘milagre econômico’ – entre 1969 e 1973, houve grande expansão do setor industrial e muitos investimentos internos. Mas, mesmo com a economia indo bem, o país convivia com a repressão às lideranças sindicais, com o arrocho salarial e com a distribuição desigual dos benefícios da modernização. A partir de 1974, quando as condições internacionais deixaram de ser favoráveis, o Brasil entrou numa grande crise, com o aumento da inflação e da dívida externa. Além disso, a população se mostrava cada vez mais descontente com o regime militar instalado em 1964, que se caracterizava pela repressão dos direitos individuais, pela censura e pela violência. Foi nesse panorama que, em 1974, o general Ernesto Geisel (1974-1979), ao assumir a presidência da República, afirmou que faria uma abertura política “lenta, gradual e segura”. Ou seja: a democracia viria a passos lentos.

Mas a sociedade civil não queria esperar e começou a se organizar em diversos movimentos a favor da democracia. Segundo a historiadora Virgínia Fontes, professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e da Universidade Federal Fluminense (UFF), alguns grupos foram fundamentais nesse processo. “Um deles foi o movimento sindical, que ressurgiu com dificuldade a partir dos anos 1974 e 1975, enfrentando mais diretamente a ditadura e marcando o fim da década de 70 com uma grande onda de greves, reprimidas fortemente. Também foram importantes as comunidades eclesiais de base, coordenadas pela Igreja Católica, principalmente por grupos ligados à Teologia da Libertação, que faziam reivindicações de direitos humanos mínimos e denunciavam casos de tortura e prisões políticas. Ao mesmo tempo, multiplicavam-se as associações de moradores, que lutavam por melhorias nas condições de vida e buscavam solucionar problemas como saneamento, educação e saúde”, explica.

O próprio movimento sanitário começou a se configurar nessa época. Era um tempo em que a assistência pública à saúde no Brasil estava restrita a poucos e ancorada no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado em 1974 para prestar atendimento aos trabalhadores urbanos que possuíam carteira assinada e contribuía com a previdência social. Os não-previdenciários recebiam assistência de institui-

ções filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, ou utilizavam o setor privado, se pudessem pagar pelos seus serviços. A atuação do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde limitava-se ao campo da prevenção, como na realização de campanhas.

Para o sociólogo Arlindo Gómez, que foi secretário executivo da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e hoje é chefe de gabinete da presidência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), todo esse movimento de redemocratização tinha, certamente, que se refletir também na área da saúde. De acordo com ele, vários atores políticos do serviço de saúde e das universidades perceberam que o modelo de assistência do Brasil não era adequado ao bem-estar da sociedade. “A população tinha que ter acesso a um conjunto de serviços que fossem adequados às necessidades das pessoas. Quando, em 1975, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) passou a organizar cursos descentralizados de pós-graduação em saúde pública, essa discussão foi entrando pelo país. Pessoas e instituições começaram a se juntar, compartilhando suas idéias e reflexões e difundindo a necessidade da reforma do nosso sistema de saúde”, comenta.

Diretas Já: população luta por eleições democráticas

A pressão da população brasileira para que a ditadura acabasse ganhou mais força durante o governo do general João Baptista Figueiredo (1979-1985) – último presidente do regime militar – que, seguindo a promessa de abertura política, em 1979 promulgou a Lei de Anistia, permitindo que pessoas acusadas ou condenadas por cometerem crimes políticos pudessem voltar do exílio. No mesmo ano, o governo realizou uma **reforma partidária** para permitir o pluripartidarismo e enfraquecer a oposição.

Ao contrário do que os militares pensaram, essa medida fortaleceu os opositores à ditadura. Mais tarde, em 1982, as eleições para governadores confirmaram a força da oposição: a situação perdeu o governo de estados importantes, como o Rio de Janeiro, que elegeu Leonel Brizola (PTB), e São Paulo, onde venceu Franco Montoro (PMDB).

Para a sucessão presidencial, a Constituição previa as eleições indiretas em 1984 a partir do Colégio Eleitoral, formado por integrantes do Congresso Nacional. Mas, em 1983, o deputado Dante de Oliveira, do PMDB, apresentou uma emenda constitucional que estabelecia eleições diretas para presidente da República já no ano seguinte, obtendo grande apoio popular. O crescimento da oposição deixava claro que, se a proposta de Dante fosse aprovada, o candidato de situação não seria eleito.

Para pressionar os parlamentares a votarem a favor da emenda, os partidos que se opunham ao governo organizaram a campanha que ficou conhecida por ‘Diretas Já’. O PT, liderado pelo atual presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, foi um dos grandes responsáveis pelo crescimento da manifestação. “O PT apareceu naquele contexto em que os movimentos sociais perceberam a importância da sua participação, e teve o papel de unir as grandes lutas em torno de objetivos comuns, como foi o caso das Diretas Já”, comenta Virgínia.

Em janeiro de 1984, um grande comício tomou conta da Praça da Sé, em São Paulo. O sucesso foi tamanho que logo levou à organização da Caravana das Diretas, elaborada pelas oposições no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Os comícios, que contavam com a presença de milhares de manifestantes, tornaram-se o símbolo das ‘Diretas Já’.

Apesar da mobilização popular, a emenda Dante de Oliveira foi rejeitada no Congresso Nacional, no mês de abril, com 22 votos a menos que o mínimo necessário para a sua aprovação. Nas eleições indiretas de 1984, Tancredo Neves, do PMDB, derrotou o candidato do governo, Paulo Maluf. Mas Tancredo morreu às vésperas de tomar posse, e o vice, José Sarney, assumiu o posto, ficando no cargo de 1985 a 1990 e tornando-se o primeiro presidente civil em 21 anos. Apenas em 1989 o processo de transição para a democracia se completou, com as eleições diretas para presidente.

Apesar da derrota das ‘Diretas Já’, a importância dos movimentos sociais por melhores condições de vida e pelo fim da ditadura foi inegável. “Quase todos eles

retomaram questões que ficaram pendentes na agenda política brasileira, interrompidas pela ditadura. As questões de 1964, que eram as grandes reformas de base, como a reforma educacional, o controle da remessa de lucros para o exterior e a reforma agrária, entre outras, estavam pendentes e, em certa medida, reapareceram nos movimentos sociais contra a ditadura”, explica Virgínia.

Segundo ela, na década de 80, esses grupos voltaram fortalecidos e mais espalhados pelo Brasil. “Naquele momento, eles já possuíam alguns anos de experiência e já haviam enfrentado muitas lutas, inclusive internas”, afirma. Esse foi o caso dos militantes da saúde que, em 1986, dois anos após as ‘Diretas Já’, se reuniram em Brasília para a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), resultado da experiência adquirida pelo movimento sanitário, que já via a possibilidade de uma reforma na saúde. Foi a primeira Conferência que contou com a participação de usuários e foi chamada por Sarney de “a pré-Constituinte da Saúde”. De fato, foi essa Conferência que lançou as bases daquilo que viria a ser o texto sobre saúde na Constituição de 1988: O Sistema Único de Saúde.

No início da ditadura militar, o governo acabou com todos os partidos políticos existentes e implantou o bipartidarismo, com a Aliança Renovadora Nacional (Arena) como partido de situação e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) como oposição. Mas, com o tempo, os estrategistas do regime perceberam que concentrar a oposição em um único partido poderia contribuir para deixá-la mais fortalecida. Então, em 1979, o pluripartidarismo foi novamente instituído. A Arena e o MDB foram extintos e seis novos partidos foram formados: o Partido Democrático Social (PDS), que substituiu a Arena; o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), substituindo o MDB; o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido Democrático Trabalhista (PTB), de esquerda; e o Partido Popular (PP) e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), de centro-direita.

Adaptação de matéria de mesma autoria publicada na Revista RET-SUS nº 34.

Nasce a Constituição Cidadã em 1988

Democracia permite a participação social na elaboração do texto



Deputados e senadores promulgam
a Constituição Cidadã

“Essa será a ‘Constituição Cidadã’, porque recuperará como cidadãos milhões de brasileiros, vítimas da pior das discriminações: a miséria”. Era assim que, em julho de 1988, o presidente da Assembleia Nacional Constituinte, Ulysses Guimarães, descrevia a nova Carta brasileira, que seria promulgada em outubro. O governo era de José Sarney, que assumiu a presidência três anos antes, após a morte de Tancredo Neves, e marcou o fim de 21 anos de ditadura militar no Brasil.

Segundo o jurista Dalmo Dallari, membro do Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, foi nesse momento que a idéia de escrever uma nova Constituição pôde se concretizar. “Mas a vontade de fazer isso surgiu ainda durante o período de combate à ditadura”, explica. “Alguns intelectuais, especialmente advogados, levantaram a necessidade de que o país tivesse uma Constituição democrática, legítima e que garantisse os direitos das pessoas”, diz. Quando a ditadura chegou ao fim, essa necessidade se tornou uma obrigação. A transição para o regime democrático exigia que as nossas leis fossem revistas: nessa época, ainda estava em vigor a Constituição de 1967, que institucionalizava a ditadura e já não fazia sentido numa democracia.

Assim, logo no início de seu mandato, Sarney facilitou a criação de novos partidos, permitiu a legalização daqueles que estavam clandestinos e enviou ao Congresso uma proposta de emenda constitucional convocando uma Assembleia Constituinte. Para Dalmo Dallari, esse processo constituinte foi bem diferente dos anteriores, e teve a participação popular como marca. “Em termos de participação do povo, a Constituinte de 1988 foi muito mais avançada que todas as anteriores. Quando tivemos a Constituinte de 1891, o eleitorado representava 1% da população brasileira. Em 1946, na Constituinte seguinte, o eleitorado era de 15%. Já quando tivemos a de 1988, o eleitorado representava mais de 60% do povo brasileiro. Não era apenas um percentual mais alto: tratava-se também de um eleitorado maduro, com uma consciência política que se desenvolvera intensamente nos anos de ditadura. Vários grupos – e um grande exemplo disso é o

movimento sanitário – haviam se espalhado pelo Brasil discutindo e elaborando propostas. Isso significa que a Constituição de 88 não nasceu de cima para baixo. Ela nasceu do povo”, afirma.

Convocação

Os movimentos populares eram a favor de uma Constituinte exclusiva, que se reuniria apenas para escrever o novo texto, sendo dissolvida em seguida. Mas a proposta aprovada, defendida pelo governo Sarney, foi a de convocação de uma Assembleia Congressual, ou seja, os parlamentares eleitos nas eleições de 1986 foram considerados membros da Constituinte. A Assembleia foi convocada por meio da Emenda Constitucional 26 – o mesmo documento que concedia anistia a autores de crimes políticos, representantes de organizações sindicais e servidores públicos punidos.

Para orientar os debates da Constituinte, Sarney havia instituído um ano antes a Comissão Provisória de Estudos Constitucionais. A Comissão, presidida por José Afonso Arino, aceitou sugestões populares e concluiu um anteprojeto em 1986. O texto final normatizava a iniciativa popular para legislação complementar, embora não previsse essa iniciativa para o novo texto da Constituição.

Estrutura

A Assembleia Nacional Constituinte foi finalmente instalada em 1º de fevereiro de 1987, composta por mais de 500 parlamentares. Resultado da pressão dos movimentos, seu Regimento Interno, aprovado em março daquele ano, regulamentava a admissão e tramitação de **emendas populares**.

Segundo Renato Lessa, professor de Teoria Política do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), a descentralização do processo constituinte fez com que o texto final se tornasse bastante democrático: “Havia muitas comissões, e isso possibilitou que cada tema fosse exaustivamente discutido e elaborado, independentemente de haver propostas de direita ou esquerda”. O professor também explica que a Constituição não é um livro fechado. “O texto foi produto do trabalho de centenas de

parlamentares, além de sugestões populares. Muitos interesses diferentes foram postos em discussão e incorporados à Carta Constitucional. É natural que não seja um livro acabado: o texto está sob constante interpretação e sofre mudanças o tempo todo”, afirma.

Para Lessa, esse não é um defeito. “Na verdade, a Constituição de 88 não é apenas um conjunto de regras neutras que devem ser seguidas, não é só um pacto de procedimentos. Ela é um conjunto de valores, objetivos e obrigações do Estado. O seu papel é programático, ou seja, ela indica o tipo de país que queremos e serve de guia para a orientação política que ele deve assumir”, afirma.

Segundo Dalmo Dallari, os grandes avanços da Constituição de 88 estão no âmbito dos direitos sociais. “Ela fala de direitos coletivos, como o direito à segurança e ao Meio Ambiente. Antes só se falava em direitos individuais. A partir de 1988, foram criados muitos instrumentos de ação social, inclusive responsabilizando organizações públicas, como o Ministério Público, pela garantia e efetivação dos direitos sociais”, diz. A Constituição ainda restabeleceu o voto secreto e aberto a todos os cidadãos com idade acima de 16 anos, qualificou o racismo, a tortura e as ações armadas contra o Estado democrático como crimes inafiançáveis, estabeleceu eleições diretas para presidente da República, governadores e prefeitos, fixou a jornada de trabalho em no máximo 44 horas semanais, instituiu o seguro-desemprego, as férias remuneradas, a licença-maternidade e a licença-paternidade e permitiu a organização sindical e o uso da greve como instrumento de negociação.

A Constituinte admitia o envio de sugestões de leis da sociedade, na forma de emendas populares. Elas deviam ser apresentadas com a assinatura de pelo menos 30 mil eleitores. Cada eleitor podia subscrever até três emendas, cada uma tratando de um assunto diferente. Foram apresentadas 122 emendas populares, que reuniram 12 milhões de assinaturas.

Adaptação de matéria de mesma autoria publicada na Revista RET-SUS nº 36.

Educação: direito universal, público e gratuito

Constituição Federal
prevê a formação de
sociedade
preparada para o
exercício da
cidadania



Câmara dos Deputados

Deputados e senadores promulgam a Constituição Cidadã

A idéia de que o Estado é responsável por assegurar direitos sociais perpassa toda a Constituição de 1988 e também está presente na seção que se refere à Educação. O artigo 205 diz que “a educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

Para Carlos Jamil Cury, professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e ex-membro da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, esse artigo mostra uma grande diferença conceitual do texto de 1988 em relação à legislação anterior: o reconhecimento da importância da educação para formar cidadãos. “Essa é uma característica importante e inovadora: a Constituição vê a educação como um direito social fundador da própria cidadania”, afirma.

E, para assegurar esse direito, a Constituição proclama a gratuidade em todo o ensino oficial. “Antes, apenas o ensino fundamental era gratuito nacionalmente. Não havia nenhuma imperatividade com relação ao ensino médio ou infantil face à gratuidade. É claro que existiam instituições públicas responsáveis por essas fases do ensino, mas elas estavam submetidas às constituições estaduais, que podiam prever a cobrança de taxas ou mensalidades”, explica Cury.

O texto também delega ao Estado o dever de garantir o “ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria”. O professor Romualdo Portela, da Universidade de São Paulo (USP), destaca a importância disso para a ampliação do acesso. “É inequívoco o papel decisivo da Constituição para a ampliação desse direito. Hoje, praticamente temos o ensino fundamental universalizado em função desses avanços”, analisa.

Quanto ao ensino médio, a carta original promulgada em 1988 dizia que o Estado deveria promover a “progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade” desse nível de ensino. Em 1996, a Emenda Constitucional 14 mudou o texto para “progressiva universalização do ensino médio gratuito”, embora a postulação anterior tenha permanecido na Lei de Diretrizes e Bases. Para Carlos Cury, essa mudança foi negativa na medida em que um artigo constitucional tem mais força que uma lei ordinária. “O princípio não foi erradicado, já que continuou na LDB, mas tem menos força. Quando se diz ‘extensão da obrigatoriedade’, o direito está necessariamente vinculado ao dever do Estado. Já quando se fala em universalização, entende-se que o poder público deve abrir as escolas necessárias”, explica.

Para Romualdo Portela, a alteração não trouxe mudanças significativas em termos práticos, já que a universalização do ensino médio não é propriamente uma decorrência do texto constitucional, mas da ampliação do ensino fundamental. “O texto original era

mais enfático mas, de toda maneira, ele se tornou letra morta na medida em que o grande ampliador do direito à educação foi a própria ampliação do acesso e conclusão do ensino fundamental. Daí decorreu a notável expansão do ensino médio nas últimas duas décadas”, explica.

Outro avanço é a constitucionalização da universidade, que aparece no artigo 207: “As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”. A Constituição ainda estabelece a possibilidade de essas instituições receberem apoio financeiro do poder público para as atividades de pesquisa e extensão. De acordo com Cury, antes de 1988 havia leis ordinárias que mencionavam as universidades, mas elas nunca haviam aparecido em nenhuma Constituição.

Público e privado

Também foi em 1988 que, pela primeira vez, uma Constituição brasileira reconheceu a existência de escolas particulares com fins lucrativos. O texto reconhece que o ensino é livre ao setor privado, desde que sejam cumpridas as normas gerais da educação nacional e que o poder público autorize o funcionamento e avalie a qualidade das instituições privadas. “Isso consolida uma situação que, de fato, já existia. Até 1988, a legislação não permitia a existência dessas instituições mas, na prática, elas já estavam presentes no nosso sistema de educação e apenas burlavam a contabilidade para esconder o lucro”, comenta Romualdo Portela.

Cury explica que, apesar de a Constituição de 88 em geral privilegiar o poder do Estado, essa é uma característica relativa aos sistemas públicos. “A Constituição foi fruto de uma negociação que incluía grupos representantes do sistema privado. Assim, enquanto garante a gratuidade da educação em todos os níveis, ela diminuiu, em contrapartida, o poder de contro-

le do Estado sobre as escolas particulares”, diz.

Uma das conseqüências disso é, segundo o professor, a mudança do regime de vigência desse tipo de instituição. “Até 1988, o setor privado atuava sob concessão. A partir dessa data, a vigência passou a se dar mediante autorização. Antes, o concedente era o Estado, que era o titular, e o concedido dependia dele para seu funcionamento. Hoje, ainda existe uma hierarquia baseada no estatuto de avaliação e autorização, mas ela é menos forte”, explica.

De acordo com Cury, essa flexibilização traz alguns problemas. “Há um confronto de princípios. Por um lado, essas instituições só podem conceder diplomas com valor oficial mediante autorização de funcionamento pelo poder público e mediante uma avaliação da qualidade. O problema é que essa avaliação é feita, mas suas conseqüências não são efetivadas. Com isso, temos uma expansão absurda e descontrolada de escolas com baixa qualidade e que, no caso das universidades, lançam no mercado profissionais mal preparados”, analisa.

Para Cury, o ideal é que, na Constituinte, se tivesse votado um sistema nacional de educação, como a saúde conseguiu. “Mas, na negociação entre partidos de esquerda e de direita, não conseguimos fazer isso. A idéia votada foi a de um sistema público feito pela colaboração entre União, estados e municípios, com áreas de atuação definidas”. O professor afirma que o governo atual tem feito esforços para pôr esse tema em pauta novamente, mas lembra toda mudança na Constituição deve ser feita através de emendas constitucionais, que dependem de aprovação na Câmara e no Senado. “A formação de um sistema nacional significaria maior presença da União, de modo que os estados e municípios perderiam poder. Assim, nem todas as bancadas estaduais estão de acordo. Além disso, os sistemas privados, que desejam manter sua flexibilidade, também podem acionar suas bancadas para conservar a situação atual. Com a união dessas bancadas, torna-se quase

impossível aprovar uma emenda que altere o sistema”, analisa.

Ele afirma que a divisão por áreas de atuação gera complicações. “A educação infantil, por exemplo, é responsabilidade do estado, enquanto o ensino fundamental pertence ao município e ao estado, o ensino médio pertence prioritariamente ao estado e o ensino universitário pertence à União. Ocorre que, em alguns casos, há instituições privadas que trabalham desde a educação infantil até a superior, e precisam, portanto, prestar contas ao município, ao estado e à União. Essa é uma dificuldade operacional muito grande”, conta.

Educação Profissional

Foi em 1937, na Constituição do Estado Novo, que a educação profissional apareceu com força na legislação brasileira. O artigo 129 dizia: “O ensino pré-vocacional profissional destinado às classes menos favorecidas é em matéria de educação o primeiro dever de Estado. Cumpre-lhe dar execução a esse dever, fundando institutos de ensino profissional e subsidiando os de iniciativa dos Estados, dos Municípios e dos indivíduos ou associações particulares e profissionais”. Para o professor Romualdo, essa é uma definição que estigmatiza o ensino profissional. “O texto define claramente esse tipo de educação como ensino para pobres, um estigma que o Brasil sempre carregou. Tanto que em 1971 usou-se o termo ‘profissionalizante’, para retirar essa carga”, comenta.

A Constituição de 1988 tem a educação profissional posta como princípio em seu artigo 205, quando diz que a educação deve eleger como um dos seus pilares a qualificação para o trabalho. “A partir disso, a Lei de Diretrizes e Bases, de 1996, distingue a formação profissional inicial, de nível médio e de nível superior, enquanto o Conselho Nacional estabelece as diretrizes”, diz Carlos Cury.

Constituição Federal de 88 integra

Quando a Constituição de 1988 introduziu pela primeira vez na legislação o termo ‘Seguridade Social’, a intenção era reformular o sistema brasileiro de políticas sociais e criar um conjunto de ações integradas entre previdência, saúde e assistência, baseado na universalidade e na equidade. O que se pretendia era superar a idéia de seguro social e introduzir a noção de que certos benefícios não precisavam depender de contribuições dos cidadãos. “A Seguridade Social considera que os riscos são sociais e propõe um pacto em que todos, com ou sem vínculos de trabalho, são incluídos mediante o financiamento público”, explica Ligia Bahia, vice-presidente do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes).

O início da Previdência Social no Brasil foi marcado pelo surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), nos anos 20. O professor Elias Jorge, diretor do Programa da Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento do Ministério da Saúde, lembra que, nos anos 30, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que davam cobertura a trabalhadores de diversos segmentos e absorveram a maior parte das CAPs. Em 1966, os IAPs foram unidos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que ainda mantinha a idéia de seguro social: os benefícios estavam restritos aos trabalhadores do mercado formal que fossem contribuintes.

Essa configuração, segundo Elias Jorge, deixava clara a separação entre uma assistência médica integral para os trabalhadores formais e um atendimento filantrópico para pobres e indigentes. “Eles sofriam uma dupla punição: além de excluídos da atividade econômica, eram também excluídos da cobertura do Estado”, afirma.

Gestão integrada

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece, em seu artigo 194, que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. O professor Marcus Orione, da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, lembra que, apesar de a legislação anterior à CF trazer disposições sobre previdência, assistência e saúde, a idéia de integração entre esses setores nunca havia sido posta. “Constitucionalmente, a idéia de segurança atrelada a essa integração e à perspectiva de políticas públicas ligadas a direitos sociais surgiu apenas em 1998”, explica.

Para Maria Lúcia Vianna, professora do Instituto de Economia Industrial da Universidade Federal do Rio de Janeiro, um dos problemas do texto foi não ter implementado uma gestão integrada, com orçamento e ministério únicos. “Se isso fosse feito, os recursos poderiam ser utilizados na área que precisasse mais”, explica.

De acordo com Marcus Orione, a iniciativa de formar um sistema integrado partiu de uma movimentação intensa da esquerda brasileira na época da promulgação. O professor também explica que a Constituição reconhece a participação do setor privado no sistema de Seguridade ao considerar as ações de seguridade como iniciativa dos poderes públicos e da sociedade. “Isso significa que tanto o poder público quanto o privado estão em uma dimensão de Seguridade Social. Assim, quando se pensa em previdência complementar ou saúde suplementar, áreas em que é comum a atuação do setor privado, isso não está divorciado de um projeto de Seguridade Social. O problema é quando os interesses da iniciativa privada se sobrepõem ao

interesse geral da coletividade. Buscando evitar isso, a Constituição criou uma legislação intensa em torno desses negócios”, afirma Marcus.

Mas, para Ligia Bahia, a Constituição é ambígua no que diz respeito ao setor privado assistencial e omissa quanto às empresas de planos e seguros privados de saúde. “Os preceitos constitucionais de complementaridade do privado, desde que observadas a lógica pública e a não transferência de recursos públicos para o privado, não foram cumpridos. Na realidade, as despesas públicas envolvidas com o financiamento de estabelecimentos privados e empresas de planos e seguros de saúde têm sido ampliadas”, alerta, ressaltando inconstitucionalidades como a dupla porta de entrada de hospitais estatais. “Já há quem diga que esse acinte à Constituição representa um aprimoramento do SUS, como se, com o passar do tempo, se houvesse descoberto uma fórmula para que pela porta da frente entrem, sem fila, os que ‘pagam’, e, pela dos fundos, após longos tempos de espera, o ‘público’”, afirma.

Princípios

A Seguridade Social é, de acordo com Marcus Orione, um sistema baseado na solidariedade. “Esse é o princípio fundamental. O sistema é custeado para que se tente fazer uma redistribuição social de renda entre as diversas gerações. A idéia é estabelecer, entre as gerações presentes, passadas e futuras, um eixo de contribuição de tal forma que isso se alargue no tempo, para que as populações não fiquem desatendidas”, explica.

Maria Lúcia Vianna destaca um princípio que nem sempre é entendido com clareza: o da “universalidade da cobertura e do atendimento”, posto na Constituição como um dos objetivos da seguridade. “O sistema é, por definição,

seguridade social

saúde, previdência e assistência

universal, o que não quer dizer que não haja critérios para o recebimento do benefício. O caso da previdência é exemplar: para ter direito ao recebimento, é preciso estar inscrito em uma determinada categoria de contribuintes. Mas isso não significa que ela não seja universal, porque qualquer pessoa pode se filiar ao sistema de previdência. Essa é uma situação estruturalmente diferente daqueles sistemas não-universais, como o da previdência do servidor público, que é restrita apenas a servidores”.

Atrelada à universalidade, está a idéia de equidade, tanto no atendimento como no custeio. “A Constituição busca a igualdade de tratamento entre as pessoas, mas sempre observando que as diferenças de alguns devem ser atendidas”, lembra Marcus. Para ele, universalidade e equidade são princípios interessantes, porque, nos anos 80, grande parte dos países estava migrando para políticas públicas focalizadas, enquanto o Brasil optou pela “seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços”, o que está expresso no artigo 194. “Fala-se muito em escassez de recursos financeiros. Por conta disso, em geral o mundo tendeu a escolher um ou outro serviço e uma ou outra população para ser beneficiada. A Constituição de 88 não desejou isso, a priori. Ela se pautou na universalização e, quando há serviços específicos para pessoas específicas, como o salário mínimo para pessoas com deficiência, isso é indicado pela própria carta constitucional. A idéia é que o sistema de Seguridade seja para todos, indistintamente, e que se alcance o maior número de pessoas possível no maior número de situações adversas possível”, explica Orione.

Financiamento

O capítulo da Seguridade na Constituição estabelece três fontes de receitas para o setor: contribuições dos trabalhadores, dos empregadores (incidentes sobre a folha de salário, sobre o faturamento e o lucro) e ainda sobre a receita de concursos de prognósticos (loterias). Mais tarde, foi criada ainda a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), voltada especificamente para a saúde.

Para Elias Jorge, o maior problema no financiamento da Seguridade é a desvinculação de recursos feita sistematicamente desde o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Com a DRU (Desvinculação de Recursos da União), 20% da arrecadação da União podem ser usados com liberdade pelo governo, não necessariamente para os setores a que deveriam atender. “Por isso, acho que temos muito pouco a comemorar e muito com que nos preocuparmos nesse 20º aniversário da Constituição e do SUS. Temos que comemorar a sobrevivência a todos os solavancos até agora, mas devemos nos preocupar com a manutenção dessa rede de proteção social, duramente construída e arduamente mantida, sempre com ameaças de crise a partir do desfinanciamento”, diz. Ele garante ainda que o conjunto de contribuições originalmente previstas para a Seguridade seria suficiente para manter um superávit no setor. “Hoje, a arrecadação proveniente dessas contribuições é superior às despesas do governo com Seguridade”, afirma, completando que a desvinculação desses recursos, por meio da DRU, é o que atrapalha o financiamento.

Recentemente, o senado aprovou o fim da DRU para os recursos da educação. De acordo com Ligia Bahia, é preciso lutar para que isso aconteça também na Seguridade, embora ela ache que isso só será possível quando a Seguridade estiver entre as prioridades do governo e de empresas. “A desvinculação é, evidentemente, uma política macroeconômica fortemente voltada para as exigências de ajuste fiscal, e não dos requerimentos do bem-estar social. A educação é uma prioridade do governo e começa a se tornar também um ponto importante na agenda das grandes entidades

de representação dos empresários: com o crescimento do mercado formal de trabalho, a noção de que o Brasil precisa contar com mão-de-obra qualificada ganha destaque. Nosso problema é que a Seguridade ainda não adquiriu esse status”, opina.

Previsões

O sistema de Seguridade, tal como a Constituição previa, não chegou a se instaurar. Segundo Ligia Bahia, logo após a promulgação já se dizia que o texto era inviável. “O próprio Sarney, presidente da República na época, fez coro com quem afirmava que havíamos aprovado um conjunto de direitos sem garantias de financiamento. Mas, na verdade, as diretrizes constitucionais que diziam respeito ao financiamento para a Seguridade foram desrespeitadas”, diz, lembrando que a Seguridade perdeu parte dos recursos inicialmente previstos.

Além disso, a reforma administrativa do governo Collor criou o Ministério do Trabalho e Previdência Social, o que consolidou a permanência da fragmentação. Isso preserva o distanciamento entre contribuintes e não-pagantes e, para Ligia, essa é uma grande derrota. “É um problema que a Constituição pretendeu superar. Nos anos 70 e 80, o que se debateu foi a necessidade de adotar um sistema baseado em critérios de real participação da sociedade, porque não faz sentido supor que quem não trabalha com carteira assinada não contribui. Daí a necessidade de um sistema único e integrado cujos benefícios atinjam toda a população. No entanto, não conseguimos fazer isso. Continua a idéia de que é natural que os ‘pobres’ sejam tratados por um sistema diferente daquele organizado para atender a quem tem vínculo formal com o mercado de trabalho”, lamenta.



Programa Rádix / 1986 / Álvaro Pedreira

Sergio Arouca dirige as discussões da 8ª Conferência

8ª Conferência Nacional de Saúde: o SUS ganha forma

São lançadas as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único. Saúde é vista como dever do Estado

Cinco dias de debates, mais de quatro mil participantes, 135 grupos de trabalho e objetivos muito claros: contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde e subsidiar as discussões sobre o setor na futura Constituinte. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: 'A saúde como dever do Estado e direito do cidadão', 'A reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'O financiamento setorial'. O relatório final aponta a importante conclusão de que as mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde brasileiro não seriam alcançadas apenas com uma reforma administrativa e financeira. Era preciso que se ampliasse o conceito de saúde e se fizesse uma revisão da legislação. Em outras palavras, era preciso implantar uma Reforma Sanitária.

O crescimento do movimento sanitário, organizado desde os anos 70, foi crucial para o amplo debate dessas questões. Enquanto o país passava pelo processo de redemocratização, o movimento ganhou consistência e avançou na produção de conhecimento, com a criação de órgãos como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979. Em meados dos anos 80, alguns dos integrantes do movimento conquistaram cargos importantes para a condução da política setorial: Sergio Arouca assumiu a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e Hésio Cordeiro, a presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (Inamps).

De acordo com Arlindo Gómez, militante do movimento sanitário e atual chefe de gabinete da presidência da Fiocruz, a experiência acumulada pelo movimento foi responsável pelo sucesso da 8ª CNS. "O que tivemos em 1986 não aconteceu de repente, nem foi coisa de uma ou duas cabeças geniais. Foi o amadurecimento de todo esse processo de pesquisa, prática, reflexão e ensino que se fez por mais de dez anos. Quando chegamos à Conferência, isso já estava maduro. E a proposta de uma nova Constituição, que já estava em pauta, era um espaço para que novas idéias em relação à saúde fossem colocadas. O país estava aberto para se redefinir, para decidir qual era a função do Estado e o que cabia à sociedade", analisa.

A convocação da 8ª CNS se deu durante um conflito entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Uma das propostas do movimento sanitário era levar o Inamps para dentro do Ministério da Saúde, de forma que a assistência à saúde, restrita aos previdenciários, pudesse ser estendida. De acordo com a professora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) Sarah Escorel, o impasse foi uma das razões para a convocação da 8ª: "Na hora de fazer a unificação, os dois ministérios vestiram a sua camisa e começaram uma grande discussão a esse respeito. A 8ª Conferência foi feita na tentativa de resolver o problema".

A 8ª foi a primeira conferência que contou com a participação de usuários. Antes dela, os debates se restringiam à presença de deputados, senadores e autoridades do setor. “As conferências eram intraministério. O Ministério da Saúde convidava pessoas das secretarias e intelectuais, mas os eventos não tinham essa dimensão nem essa estrutura a que estamos acostumados”, conta Arlindo.

Arouca, que estava no núcleo do movimento sanitário e na época era presidente da Fiocruz, foi convidado a presidir a 8ª. “A atuação dele é incontestável na decisão de fazer uma assembleia maior. Partiu dele a percepção do quanto era importante ouvir os usuários”, diz Sarah.

Os temas foram divulgados e postos em discussão através das pré-conferências estaduais e municipais. Segundo Sarah, o interesse da sociedade levou a uma imensa participação popular. “As pré-conferências ativaram a mobilização em torno dos temas, que extrapolavam o ambiente técnico. A inclusão do Inamps no Ministério da Saúde era de interesse do cidadão brasileiro, não era uma coisa apenas do técnico ocupante de um cargo, na saúde ou na previdência. Então, no ginásio em que foi realizada a 8ª, reuniram-se, além dos delegados da sociedade civil que representavam formalmente seus grupos, vários outros grupos que começaram a fazer passeatas exigindo participar. Houve uma grande assembleia durante a Conferência para discutir a possibilidade de incorporação dessas pessoas, e elas acabaram sendo admitidas, como observadores”, conta.

Conclusões

Segundo Sarah, “o desenho do SUS foi todo formulado na 8ª Conferência, assim como todo o seu funcionamento”. O relatório final apontava o consenso em relação à formação de um sistema único de saúde, separado da previdência, e coordenado, em nível federal, por um único ministério. O financiamento se daria por impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Também foram aprovadas na 8ª as propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município. “Nós tínhamos

que passar a responsabilidade das ações de saúde para os municípios”, explica Arlindo. O relatório aponta ainda a necessidade de participação popular, através de entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão e na avaliação do sistema.

Outra grande resolução diz respeito a um conceito mais abrangente de saúde, que é descrita no relatório final como uma resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde. “Até então, o conceito de saúde mais amplo e avançado era aquele formulado pela Organização Mundial da Saúde, nos anos 40, que também não era desprezível: dizia que saúde não é apenas ausência de doença, mas o mais completo estado de bem-estar físico, social e mental. Isso já era um grande avanço”, comenta Arlindo. Os delegados da 8ª atribuíram ao Estado o dever de garantir condições dignas de vida e de acesso universal à saúde, e apontaram a necessidade de integrar a política de saúde às demais políticas econômicas e sociais.

A 8ª ainda discutiu o papel do setor privado, apesar de ele não estar presente. “A idéia era ter um sistema exclusivamente público, com o setor privado subordinado às normas do SUS. Por isso, apesar de convidados, os representantes do setor privado não compareceram, pois consideravam que sua participação na 8ª seria pequena diante da sua importância na prestação de serviços de saúde”, explica Sarah.

Rumo à Constituinte

Para que as resoluções da 8ª CNS pudessem se estruturar melhor e chegar à nova Constituição, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que funcionou de agosto de 1986 a maio de 1987. “A Comissão tinha a função de trabalhar tecnicamente em um documento para ser entregue à Assembleia Nacional Constituinte”, explica Sarah, completando: “A 8ª deu o arcabouço político e a CNRS deu o arcabouço técnico”.

A CNRS era composta por representantes de segmentos importantes, inclusive do setor privado. “Havia a Confederação Nacional do Comércio, da Indústria, a Sociedade Brasileira de Hos-

pitais, gestores públicos, membros da Academia, integrantes da Abrasco”, lembra Arlindo, que foi secretário executivo da Comissão.

O documento final produzido foi enviado para a aprovação da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Constituinte.

O setor privado também chegou a apresentar, separadamente, o seu projeto. “Eles estavam na CNRS, mas nunca fecharam um acordo com os membros do movimento sanitário, porque não aceitavam a idéia de existirem apenas em caráter complementar. Então, eles sempre tentaram manter seus interesses específicos e foram para a Constituinte batalhando por isso”, conta Sarah. E completa: “Mas foram perdendo força no caminho e o movimento sanitário acabou conseguindo trazer para o seu campo alguns conservadores”.

A subcomissão considerou o documento da CNRS no momento da redação da seção sobre o SUS na Constituição Federal. O relatório final foi enviado à Comissão da Ordem Social e, de lá, foi para a Comissão de Sistematização, que era responsável por elaborar o projeto final da Constituição.

Nessa etapa, o movimento sanitário, representado por Sergio Arouca, apresentou ao Congresso uma Emenda Popular, que agregava ao documento analisado anteriormente mais de 50 mil assinaturas. “A Emenda Popular era uma forma de legitimar o documento que chegava à Comissão. E esse projeto acabou sendo aprovado quase na íntegra”, diz Sarah.

Para Arlindo, a Emenda Popular consagrava o desejo da sociedade por mudanças: “Mesmo antes de chegar à Comissão de Sistematização, nosso relatório já tinha muita força. Lembro que, depois de fazermos a leitura, o relator da subcomissão, Carlos Mosconi, disse acreditar que nosso projeto refletia o desejo do setor e da sociedade, e, por isso, provavelmente seria incorporado sem alterações à Constituição.”

A Emenda Popular basicamente ratificava toda a consolidação das nossas idéias desde a década de 70. O que temos hoje no texto constitucional é resultado dessa história toda”.

Adaptação de matéria de mesma autoria publicada na Revista RET-SUS nº 35.



Saúde tem seção específica na Constituição Cidadã

Construção do texto do SUS teve participação social e muitos embates

A intenção do capítulo VII da Constituição Federal (CF) de 1988, ‘Da Seguridade Social’, era uma só: universalizar os direitos sociais. E, para que os objetivos do tripé Saúde, Assistência e Previdência ficassem claros, cada área ganhou uma seção específica no texto constitucional. O sanitarista Eleutério Rodriguez Neto, no livro ‘Saúde: promessas e limites da Constituição’, explica que, a rigor, uma constituição realmente democrática dispensaria uma parte especialmente dedicada à saúde: “Os seus objetivos, de natureza individual e coletiva, no contexto de uma organização social democrática, já seriam as condições necessárias e suficientes para a busca do alcance e do gozo da Saúde. E a Saúde deixaria de ser algo ‘setorial’ para ser o próprio objetivo da nação”.

Segundo ele, como isso é ‘quase utopia’, as constituições mais recentes optaram por deixar claro o papel da saúde. “Isto é, o entendimento por parte dos governos, sejam socialistas ou capitalistas, de que a Saúde não se conquista de forma espontânea, pelo simples desenvolvimento social e econômico, sendo possível em um caso acelerar o seu processo e em outro retardar ou compensar os efeitos perversos da exploração capitalista, ambos por meio de estratégias racionalizadoras”, escreve, acrescentando que, no caso dos países capitalistas, a saúde aparece quase sempre na constituição quando é necessário estabelecer limites da responsabilidade do Estado, as formas de financiamento e o papel do setor privado.

Construção da proposta

O texto da saúde na Constituição brasileira foi escrito pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, que teve como presidente o deputado Elias Murad (PTB-MG) e como relator o deputado Carlos Mosconi (PMDB-MG). Mas os 21 parlamentares que participaram da subcomissão não escreveram a seção da saúde sozinhos: tiveram a ajuda dos movimentos sociais organizados e de toda a população, que participava das audiências públicas no Congresso Nacional e enviava propostas de textos. “Tínhamos audiência pública toda semana. E a participação do povo era muito expressiva e interessante. Nessas audiências, as pessoas davam sugestões. Depois, nós da subcomissão nos reuníamos para redigir o texto”, lembra Mosconi, que hoje é deputado estadual de Minas Gerais.

Os participantes da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que enviaram sua proposta de texto constitucional para os parlamentares em março de 1987, foram uns dos que acompanharam de perto o trabalho da subcomissão. O movimento sanitário queria que as resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde, sistematizadas no documento da CNRS, fossem de fato garantidas pelo Estado. Segundo a especialista em direito sanitário Lenir Santos, o Movimento da Reforma Sanitária queria garantir na Constituição os direitos conquistados no campo político e adminis-

trativo ainda nos anos que antecederam a Constituinte. “Dentre eles deve ser destacado o programa federal que foi implantado naqueles anos (1987/88) e que estava sendo implementado na época dos debates da Assembléia Nacional Constituinte. Trata-se do Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), que permitia à União delegar a execução de serviços federais para estados e municípios, por meio de convênio. Essa foi a primeira revolução da saúde ocorrida na prática: a unificação de ações e serviços de Saúde, com comando único do Estado, com a conjugação de recursos financeiros e a universalização do atendimento. Essas conquistas dos participantes da Reforma Sanitária não poderiam ser perdidas. Havia necessidade de consagrá-las no texto constitucional que estava sendo discutido”, explica a advogada no livro citado anteriormente.

Segundo Maria Luiza Jaeger, que participou da Comissão da Reforma Sanitária representando a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e acompanhou de perto a Constituinte, houve uma organização muito grande para pressionar a subcomissão de saúde. “E não foi só o Movimento da Reforma Sanitária que fazia pressão. Houve um processo coletivo, que envolveu os movimentos sindicais, as organizações dos trabalhadores de saúde, os gestores. Por causa de todo esse empenho é que o texto saiu como nós queríamos. E ele é muito parecido com o que tínhamos feito na Comissão Nacional da Reforma Sanitária. A maior parte dos conceitos está lá. Uma das conquistas fundamentais é que saímos de uma constituição anterior na qual a saúde era reduzida a assistência médica para um conceito absolutamente amplo de saúde, que não pensa só em atenção à saúde prestada direta ou indiretamente pelo setor público, mas que pensa o papel do Estado brasileiro em relação a todo o sistema de saúde e toda e qualquer questão que leve risco à saúde”, explica.

De acordo com Mosconi, a participação dos movimentos da saúde, que já tinham uma proposta madura, foi muito positiva. “Fomos influenciados por vários textos. O relatório final da 8ª. Conferência foi, sem dúvida, muito importante. Mas o texto que saiu da subcomissão era inédito, fruto de uma discussão de qualidade, da qual partici-

pou o Brasil inteiro. Nós ouvíamos a população e todas as questões foram muito bem trabalhadas pelo grupo político que tínhamos na subcomissão. E também tivemos figuras muito importantes do movimento da reforma sanitária acompanhando tudo, como o Eleutério, Sergio Arouca e Hésio Cordeiro”, diz.

Depois de aprovado pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, o texto seguiu para a Comissão de Sistematização, da qual participavam todos os relatores. “Eu apresentei o texto para ser discutido e aprovado na Comissão. Houve uma resistência muito grande de grupos contrários a ele. Os principais opositores eram a Federação dos Hospitais e os Sindicatos de Hospitais Privados do Rio de Janeiro”, lembra o deputado. E esses grupos tinham representantes na Assembléia Constituinte. Eram os parlamentares que não concordavam com o Sistema Único de Saúde e formavam o chamado **Centrão**. “O Centrão foi formado pra tentar barrar nossa proposta no plenário. Eles eram contra muitos textos, mas tinham muita resistência ao da saúde, em especial. Queriam acabar com o nosso texto e fazer outro. Eram contra a saúde ser direito de todos e dever do Estado”, conta Mosconi.

O Centro Democrático, mais conhecido como Centrão, foi formado durante a Assembléia Nacional Constituinte (ANC) por deputados conservadores de partidos como PMDB, PFL, PTB, entre outros. Seu objetivo, segundo Eleutério Rodriguez Neto, era defender os interesses patronais e do governo. Alegando manipulação da Constituinte por setores minoritários, o Centrão conseguiu aprovar um projeto de resolução para mudar o regimento interno da ANC. Com isso, eles poderiam apresentar uma proposta de Constituição Federal diferente da aprovada pela Comissão de Sistematização.

O sanitarista Hésio Cordeiro, que foi membro da CNRS e presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) de 1983 a 1987, também destaca o momento de impasse com a iniciativa privada. “A briga foi grande. Os deputados ligados aos serviços privados fizeram muita pressão para inserir artigos no texto da saúde

que não envolvessem qualquer restrição à iniciativa privada. Mas, mesmo sendo um grupo hegemônico, o Centrão não conseguiu reverter as propostas do Sistema Único de Saúde. Acabou que os constituintes encontraram soluções intermediárias, conciliadoras. E o setor privado ganhou espaço no SUS, de forma complementar e regulado pelo poder público”, diz ele, que hoje é diretor de gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Segundo Mosconi, a briga se estendeu até a plenária final. “O embate aconteceu até votarmos no plenário, ao fim da Constituinte, o texto definitivo da saúde. Mas conseguimos. Convince-mos o Centrão de que o projeto só somava, era condizente com a situação do país e não era estatizante. E todas as premissas do SUS foram mantidas”, conta.

O texto constitucional

Logo no primeiro artigo da seção da Saúde, o de nº 196, são afirmadas a universalidade, a saúde como dever do Estado e a garantia ao acesso universal aos serviços de saúde. “Havia uma discussão sobre o que entraria na própria Constituição e o que ficaria para a lei posterior, que a regulamentaria. Brigamos para que as diretrizes do SUS estivessem no texto constitucional. Isso era absolutamente uma questão de honra. Tinha que entrar que era um sistema de saúde descentralizado, universal”, diz Maria Luiza.

Outra questão que fica clara no artigo 197 é que saúde é de relevância pública, “cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle”. Segundo Eleutério, o termo ‘relevância pública’ não tem nenhum significado jurídico especial que desse o tom desejado pelos militantes do SUS. “O que se pleiteava era a inscrição na Constituição da ‘natureza pública’ das ações de serviços de Saúde. Esse termo, sim, traz uma inequívoca conotação jurídica que implicaria absoluta precedência do interesse público e dos serviços públicos, na perspectiva, então possível, da estatização a médio e longo prazo. Esse, no entanto, parece ter sido o limite crítico das negociações”, escreve.

Para a advogada Lenir Santos, o termo que consta da CF não prejudicou

seu significado. “Hoje, a expressão ‘relevância pública’ é carregada de significado, permeando, contaminando todas as ações e serviços de saúde, sejam públicos ou privados, sujeitando-os ao total controle do Poder Público. O que vem ocorrendo é uma certa timidez do Poder Público, que não exerce o seu verdadeiro papel assumindo total controle sobre essas ações e serviços”, explica.

Mas o mesmo artigo que fala em relevância pública, diz ainda que a execução das ações e serviços de saúde pode, ainda, ser feita “por terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. Para Eleutério, a inclusão desse texto, demanda do Centrão, descartou a possibilidade implícita nos textos de base dos movimentos em prol do SUS de uma estatização progressiva. “O que se instituiu foi um Sistema Único público paralelo a um sistema privado, o qual poderá participar do primeiro mediante contrato de direito público e submetido às suas normas e diretrizes. No entanto, essa participação é complementar e não supletiva, o que significa um espaço garantido e próprio e não, como se queria, o exercício ‘em nome’ do setor público”, diz.

O lugar do setor privado aparece novamente no parágrafo primeiro do artigo 199, que diz respeito à participação complementar: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Na opinião de Carlos Mosconi, a complementaridade foi o melhor acordo que poderia ter sido feito com o Centrão. “Foi uma grande vitória política. Uma conquista que só foi conseguida pelo trabalho árduo, que demorou meses”, diz.

Ainda nesse artigo, é estabelecido que os recursos públicos não podem auxiliar instituições privadas com fins lucrativos e proibida a comercialização de órgãos para fins de transplante, pesquisa e tratamento, assim como da coleta, processamento e transfusão de sangue. Cabe, então, ao SUS controlar e fiscalizar os procedimentos e participar da produção de medicamentos, hemoderivados e outros insumos. “Apesar de o setor privado ter brigado muito pelos hemoderivados, eles acabaram ficando como papel do Estado brasileiro. Isso foi muito complicado, um processo de negociação com o próprio governo na época. Houve muita pressão nos constituintes”, conta Maria Luiza.

Uma outra atribuição do SUS que ficou estabelecida no texto constitucional foi a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. “Desde a 4ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1967, se discutia o fato de a formação dos profissionais de saúde não atender às necessidades dos serviços. Na 7ª Conferência, foi pensada uma cooperação entre os sistemas de educação e saúde, no Sistema Nacional de Saúde, que implicaria a constituição do Sistema Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Por fim, na 8ª Conferência, foi decidido que o novo Sistema de Saúde deveria ordenar a formação de pessoal para a área. Então, em 1988, isso era algo claro, que tinha que constar da Constituição. Nós achávamos que era importante que o Ministério da Saúde tivesse controle sobre a abertura dos cursos, que essa era uma discussão que tinha que passar pelo gestor e pelo Conselho Nacional de Saúde e não ser só uma atribuição do Ministério da Educação”, explica Maria Luiza.

O financiamento do SUS também foi pensado pelos deputados e pelos militantes da saúde. Mas, segundo Carlos Mosconi, a preocupação em garantir a aprovação do Sistema Único de Saúde era tanta, que a discussão sobre as fontes de financiamento não foi bem amadurecida. “A questão do financiamento foi a nossa falha. Nós gastamos grande parte da nossa energia, tempo e argumentação política para convencer o pessoal que era contra de que o Sistema era bom. Queríamos vinculá-lo às receitas orçamentárias dos três níveis de governo, mas os economistas constituintes brecharam. E nós não tivemos força política. O que conseguimos já foi um grande avanço. Porém, em relação ao financiamento, deixamos para resolver na Comissão de Sistematização e no plenário. Infelizmente não deu certo”, diz.

Mesmo assim, o parágrafo primeiro do artigo 198 diz que “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Apesar disso, não foi estabelecida a porcentagem mínima de repasse para o SUS. “Como os deputados ligados à área econômica eram contrários, só conseguimos

incluir que 30% dos recursos da seguridade iriam para a saúde nas **Disposições Transitórias**. Isso significava que esse montante de recursos ficaria valendo até que se aprovasse a lei complementar que regularia o SUS”, conta Hésio Cordeiro.

Segundo Maria Luiza, naquele momento, foi pensado que, mesmo nas Disposições Transitórias, a conquista dos 30% seria garantida posteriormente, na Lei Orgânica da Saúde. “Em 1989, conseguimos receber esses recursos. E achamos que o governo não tiraria dinheiro depois de ter colocado. Mas mexemos no calcanhar de Aquiles deles”, diz. Hésio Cordeiro explica que foi no governo Itamar Franco (1992-1994) que a porcentagem aprovada pelos constituintes foi desrespeitada. “O então ministro da Previdência, Antônio Britto, simplesmente decidiu que cortaria os 30%. Ele disse que havia uma crise na Previdência Social e que não havia recursos para financiar a saúde, previdência e assistência social. Falou que essa proposta da constituinte era utópica e que as esquerdas haviam induzido os parlamentares a aprovar”, lembra. A perda do financiamento garantido no texto aprovado em 1988 era a primeira medida que tentava impedir a implementação do SUS.

As disposições transitórias são uma das partes constitucionais que tem como objetivo regulamentar o período de transição entre a Constituição anterior e a nova. De caráter efêmero, elas devem “preparar o terreno” para o cumprimento da parte dogmática da Constituição. Segundo o ex-ministro do Supremo Tribunal Federal Sepúlveda Pertence, “o alcance de normas constitucionais transitórias há de ser demarcado pela medida da estrita necessidade do período de transição, que visem a reger, de tal modo a que, tão cedo quanto possível, possa ter aplicação a disciplina constitucional permanente da matéria”. No caso relativo ao financiamento do SUS, foi aprovado no artigo 55 das Disposições Transitórias: “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde”.

Os anos seguintes: a onda neoliberal

Esvaziamento do papel do Estado dificulta consolidação do SUS

A Constituição de 1988 é um marco na tentativa de implantar no Brasil o Estado de bem-estar social. Um dos méritos do texto constitucional, nesse sentido, é estender a todos os cidadãos uma série de direitos como educação, saúde e assistência social. Mas a crise econômica no Brasil dos anos 90, em que o país se via afogado em dívidas internas e externas, sem conseguir se desenvolver, mudou o rumo dessas conquistas.

De acordo com Sonia Fleury, presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), as agências internacionais indicaram a solução: promover uma série de reformas que incluía a adoção de uma política de privatização de empresas e a gradual retirada do Estado da economia. Assim, enquanto a Constituição defendia o Estado de bem-estar social, o país caminhava para a instauração de um Estado mínimo, em que os direitos sociais são reduzidos ao assistencialismo. Essas reformas fazem parte do ideário neoliberal, que surgiu nos Estados Unidos e na Inglaterra no início dos anos 80 e se desenvolveu rapidamente em países europeus. As novas políticas buscavam reestruturar a economia, já que desde os anos 60 o capitalismo dava sinais de crise, com excesso de produção e diminuição das taxas de lucro.

De acordo com José Roberto Reis, professor de história na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), a relação desconexa entre a promulgação de uma Constituição preocupada com os direitos sociais no Brasil e o caminho neoliberal que o resto do mundo tomava se explica quando analisamos o contexto histórico da época. “Vivíamos o fim de uma ditadura e tínhamos uma forte perspectiva de fortalecimento do nacionalismo. Os anos 80 são, no Brasil, os anos da luta pela redemocratização, e isso foi marcado pela existência de uma sociedade combativa, pela realização de greves, pelo engajamento das associações de moradores, pelas Diretas Já. A população começava a cobrar direitos do Estado e o texto constitucional foi resultado de todas essas lutas. Assim, embora o direcionamento mundial apontasse para o enxugamento do Estado, a Constituição ainda conseguiu consagrar os direitos sociais”, explica.

José Roberto lembra que o marco do avanço neoliberal no país é o governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), com grande abertura da economia e diminuição da atuação do Estado. Foi justamente nessa época que começaram a ser feitas as leis que regulamentariam a Constituição. A lei nº 8.080 – Lei Orgânica da saúde, promulgada em setembro de 1990 – tinha essa função. Maria Luiza Jaeger, que foi representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, ressalta que a lei foi aprovada pelo então presidente com vetos a três importantes questões: “Foram vetados os critérios de repasse de recursos do nível federal para estados e municípios, o funcionamento das instâncias de participação social e o plano de carreiras, cargos e salários. A partir daí, houve uma grande pressão para que esses pontos voltassem ao texto. Por fim, a Câmara conseguiu negociar os vetos e foi aprovada, em dezembro do mesmo ano, a lei nº 8.142, em que estão presentes o controle social e o tópico do financiamento. A questão dos planos de carreira não conseguiu ser negociada”, conta.

A gestão de Collor foi marcada por denúncias de corrupção, o que levou a *impeachment* em 1992. De acordo com José Roberto, seu sucessor, Itamar Franco (1992-1994), deu continuidade ao processo de liberalização da economia. “Foi quando se fez, por exemplo, a privatização da Companhia Siderúrgica Nacional”, lembra. Mas o professor diz que foi a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) que as políticas neoliberais ganharam força. “Houve uma série de refor-

mas na Constituição, com vistas a esvaziar o papel do Estado e diminuir os direitos sociais conquistados”, afirma.

O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição de 1988, começava a tomar forma justamente no momento em que o país resolvia fazer o ajuste de suas contas públicas. De acordo com o professor Paulo Mangeon Elias, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), o importante para o governo da época era ter superávit. “Era preciso fazer cortes. E a primeira área a sofrer, em casos como esse, é sempre a social”, explica, ressaltando que essa opção deve ser entendida do ponto de vista dos administradores. “O governo entendia que não se podia deixar de investir em infra-estrutura, porque isso era a base para a construção econômica e para o desenvolvimento nacional. Também não era possível cortar o pagamento dos juros das dívidas, pois o financiamento externo era necessário para fazer o desenvolvimento. Então, os cortes foram feitos nos gastos sociais. Era a precedência do argumento econômico sobre o social”, critica.

Diminuição do orçamento e SUS

Os cortes no orçamento das áreas sociais atingiram em cheio o SUS, projeto de universalização da saúde. “Quando o SUS foi implantado, estimava-se que um terço dos brasileiros não tinha acesso ao serviço de saúde. De repente, partiu-se para a universalização, o que demandaria mais dinheiro. Só que, em vez de receber mais recursos, a saúde recebeu menos. O orçamento do primeiro ano do governo Collor para o setor foi menor que o do último ano do governo Sarney”, explica Paulo Elias.

Durante o governo Itamar Franco, o fim do repasse dos 30% dos recursos da Seguridade Social para a saúde foi outro golpe duro. “Com isso, o setor saú-

de perdeu, de uma hora para a outra, mais da metade dos seus recursos. A partir de então, quem tinha que garantir esses recursos era o Tesouro Nacional. A saúde passou a ser vista como responsável pelos problemas financeiros do país. O Ministério da Fazenda passou a alegar que não conseguia equilibrar os gastos públicos porque precisava repassar dinheiro para a saúde”, diz ele.

No governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1999), o ministro da saúde Adib Jatene, que também presidiu essa pasta no governo Collor, buscou uma nova fonte de recursos: a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), aprovada em 1994 para ser destinada exclusivamente à saúde. “Ele aprovou a CPMF, mas não levou o dinheiro por causa da mesma lógica: a de não aportar mais recursos no setor saúde”, diz, referindo-se ao uso da Desvinculação de Recursos da União (DRU), que destinou parte da arrecadação a outras áreas.

Uma questão de cultura

Para Paulo Elias, existe uma diferença cultural entre o Brasil e os países do capitalismo central que influencia o resultado da adoção de políticas neoliberais aqui. “Em países da Europa, quando o neoliberalismo veio, já havia um Estado de bem-estar social estabelecido, com uma cultura de direitos sociais bastante consolidada. Aqui, tínhamos acabado de fazer uma Constituição que buscava isso, mas essa cultura nunca existiu”, afirma. Segundo ele, a falta de dessa cultura afetou o modo como a população brasileira recebeu o cerceamento de seus direitos. “Quando o neoliberalismo começou a ser adotado na Inglaterra, por exemplo, não houve mudanças nos pilares do sistema nacional de saúde. Mudou-se a periferia, colocando competição gerenciada, fazendo transferência da administração para agentes privados, aumentando a autonomia desses agentes. Mas ninguém conseguiu tirar recursos do sistema, porque já havia uma cultura estabelecida, uma cidadania organizada. A pressão política nesses países é muito forte”, diz. E compara com o caso brasileiro: “Já no Brasil, sempre houve a idéia de que a classe média e o andar de cima têm uma coisa, enquanto o andar de baixo tem outra. Esse *apartheid* social está institucionalizado e naturalizado aqui”, analisa.

Paulo Elias ressalta que, apesar de as políticas neoliberais pregarem o esvaziamento do Estado, elas não são as únicas responsáveis pela dificuldade da consolidação de um sistema único de saúde. “Nossa legislação não é clara em muitos aspectos. O Estado brasileiro, na verdade, regula pouco. Algumas leis são contraditórias: dizem uma coisa, colocam a conjunção ‘mas’ e, em seguida, dizem o oposto. Isso acontece com o capítulo do SUS na Constituição: diz que haverá um sistema único de saúde, mas que a saúde é livre à iniciativa privada. Então, podemos dizer que a própria Constituição não estabeleceu um sistema único. Não podemos afirmar que foi o pensamento neoliberal que inviabilizou a construção disso. O problema já se apresentava desde o nascimento do SUS, no DNA”, diz. Para o professor, o próprio movimento sanitário tinha uma formulação técnica insuficiente na época em que o projeto do SUS foi feito. “O movimento tinha uma diretriz política brilhante, mas a experiência técnica não era proporcional à formulação política. O ‘quê’ era muito maior que o ‘como’”, afirma ele que, na 8ª Conferência participou como representante da USP. Foi por isso que, segundo Paulo, o texto constitucional e, posteriormente, a lei orgânica, não foram revolucionários: “Há uma falsa idéia de que a lei era revolucionária, quando nunca foi. Ela cumpre um papel civilizador, mas consagra as relações e os princípios sociais já existentes. Quando se estuda a emergência dos sistemas de saúde no Brasil, entende-se o presente: eles nascem vinculados ao mundo do trabalho, como um seguro, mediante contribuição. Como é que, de uma hora para a outra, isso vai se tornar um direito?”

O professor ainda chama a atenção para a importância de não culpar apenas o sistema privado pelos problemas do SUS. “É fácil tomar o setor privado como bode

expiatório, mas o problema real, no Brasil, é a relação que se estabeleceu entre o público e o privado: o público serve ao privado e o privado não serve ao interesse público geral. Existem vagas sobrando em vários hospitais particulares, que poderiam servir ao SUS de alguma maneira, mas não estamos acostumados a pensar assim. É preciso mudar de mentalidade e pensar um serviço de saúde como alguma coisa que tem que servir à sociedade. Em países como Inglaterra e Canadá, o setor privado atua, mas corresponde a no máximo 10% da produção dos serviços”, diz.

Ele afirma que, hoje, para tentar reverter essa contradição, é preciso efetivar o SUS no cotidiano da cidadania. “Os hospitais governamentais que atendem ao sistema supletivo possuem o mesmo equipamento e os mesmos médicos para todos aqueles que são atendidos, mas a sala de espera e a marcação de exames é diferente. Isso porque a população de classe média não aceita sentar na mesma sala de espera que a população SUS”, diz.

E se não fosse a Constituição? Apesar das dificuldades que o país enfrenta no âmbito dos direitos sociais, Renato Lessa, professor de Teoria Política do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), acredita que a Carta de 1988 impediu que o impacto das reformas econômicas da década de 90 fosse mais forte. “As reformas que varreram o mundo atingiram o Brasil, mas esse processo aqui só não foi mais acentuado graças à Constituição. Ela foi uma barreira ao processo de descaracterização do Estado enquanto promotor de bem-estar”, afirma. Para ele, a Constituição de 88 representou uma série de avanços que não podem ser esquecidos. “Ela é o coroamento de superação do regime autoritário e da preparação do caminho para uma sociedade mais aberta. Ela pode e vem sendo corrigida ao longo do tempo, e chega aos 20 anos sem apresentar sinais de senilidade. Nosso maior desafio é cumprir essa Constituição. Acredito que ela deva ser motivo de muito orgulho para o país”, diz. ●

SUS: 20 anos depois

Cátia Guimarães

Gastão Wagner conhece o SUS por muitos ângulos. Viu o sistema nascer, como militante da Reforma Sanitária, na década de 80. Já nos anos 2000, participou diretamente da gestão, sendo duas vezes secretário de saúde de Campinas e secretário executivo do Ministério da Saúde, no início do governo Lula. Antes, durante e depois, em todos os intervalos do cargo de gestor, atuou (e ainda atua) como professor e pesquisador da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Gastão fala sobre o SUS por dentro — tanto do projeto quanto da sua implantação real. Nesse balanço, ele analisa os 20 anos do sistema de saúde brasileiro a partir dos seus princípios, diretrizes e normatizações. E identifica um SUS multifacetado, com êxitos e contradições. Trata-se, por exemplo, de uma iniciativa que nasceu como proposta de radicalização democrática mas se afastou das bases populares e não ‘ganhou’ a população. Um movimento que contou com a participação ativa de intelectuais, hoje perde capacidade crítica pela proximidade com os governos. Um projeto que foi contra a maré, e foi assolado por uma onda neoliberal. Por fim, um sistema que melhorou muito o acesso da população à saúde e, sobretudo, mostra, ainda hoje, em alguns espaços do país, que política pública estatal pode dar certo.



20 anos de SUS universal...

Nós reduzimos a universalidade ao acesso, que é uma de suas expressões, mas não a única. Houve uma ampliação do acesso a diversos serviços com o SUS: vacina, tratamento de câncer, Saúde da Família. Mas o SUS é uma reforma incompleta. O Brasil não conseguiu, como o Canadá e Portugal, por exemplo, socializar a atenção à saúde. Porque não enfrentamos alguns conflitos estruturais de um sistema estatal. O SUS é uma reforma sanitária e de política pública tardia. Quando o mundo inteiro estava no auge do neoliberalismo, nós implantamos o SUS. Era o auge da crítica não só ao socialismo real, mas à intervenção do Estado e às políticas públicas. E essa crítica era muito ideológica, mas encontrou evidências numa dificuldade de funcionamento dos serviços estatais, tanto no socialismo real quanto nas políticas públicas, de educação e saúde, dos países capitalistas. Eu acho que um desafio para o terceiro milênio é inventar modelos de gestão para garantir o funcionamento desburocratizado, humanizado, com pouca

corrupção, dos serviços estatais de saúde. No Brasil, o estatal sempre teve um controle privado muito grande: a elite corporativa-política-empresarial, os partidos políticos e o movimento sindical se reproduzem, inclusive economicamente, acumulam capital, se apropriando do Estado, do orçamento público. O SUS parecia que ficaria fora dessa tradição pela idéia de gestão participativa, de tripartite, de critérios técnicos para repartir recursos epidemiológicos, populacionais. Em alguma medida isso aconteceu, mas pouco. O SUS vindo sendo assaltado por esse patrimonialismo.

O Estado no Brasil mudou pouco nesses 20 anos?

Eu acho que agravou o controle privado, porque as classes sociais da elite, do empresariado e os setores de elite dos trabalhadores estão mais fortes. E o Estado foi enfraquecido pela onda neoliberal. Países como Portugal, França e mesmo a Inglaterra conseguiram inventar formas de se proteger dessa privatização, de conseguir eficácia, humanização, eficiência, baixar custos... No Brasil, aceitamos o discurso falsamente ingênuo, idiota e socialmente irresponsável da privatização, como se fosse possível organizar a vida em sociedade sem serviços estatais, sem políticas públicas. Segurança pública, saúde, educação, ecologia: se o Estado não fizer isso, não sei quem vai fazer. E, para isso, precisa ter funcionário público, avaliação de desempenho, controle social: aqui nós desmontamos tudo, tentando coisas como OS (Organização Social), ONG (Organização Não-governamental),

terceirização, sem atinar para a gravidade do problema. Por decorrência disso, nós temos uma dificuldade de pessoal. O SUS não tem uma política de pessoal razoável, nem de formação, nem de seleção, recrutamento, carreira... Quem se apropria do Estado brasileiro, não são só os setores empresariais, são também os corporativos, de trabalhadores. Quanto mais os de elite: médico, químico... Eles desenvolvem mecanismos de controle privado — é um privado mais coletivo, mas é privado. Nesse sentido, um dos problemas é a não-integração dos médicos com os pacientes e com os outros profissionais. Na maior parte do Brasil, os médicos não cumprem horário, não passam em visita diariamente nos hospitais. É antitudo: anticlínico, antimédico. E é impune. Outro aspecto da reforma incompleta é que nós não integramos os hospitais ao SUS. Apesar de falar em integralidade, o SUS é organizado por redes verticais: de atenção primária, saúde mental etc. Se você for à Inglaterra ou a Portugal, a organização é territorial. Não tem diretor de hospital, mas sim diretor regional.

20 anos de saúde descentralizada...

Isso foi uma solução, porque permitiu mostrar que o SUS era viável e expandir esse acesso. Mas, para não fragmentar em mil feudos e departamentos, era preciso ter regionalização. Quem deveria fazer isso eram as Secretarias Estaduais e o Ministério da Saúde. Mas não fizeram.

20 anos de SUS com participação social...

A Reforma Sanitária brasileira teve um grau de participação importante nos anos 80 e 70, o suficiente para aprovar a lei, para a maioria dos partidos votar na aprovação do Sistema Único de Saúde. Então, não vou dizer que o SUS foi uma reforma de cima para baixo. Com o tempo, houve uma institucionalização desse movimento. A gestão participativa foi desaquecida muito pelo enfraquecimento dos movimentos sociais no Brasil. Na origem já havia um desaquecimento. Os sindicatos da elite, que compuseram o PT, como os metalúrgicos, nunca tiveram entusiasmo pelo SUS. No Congresso, eles sempre lutaram pelos contratos coletivos, no concreto, no real, para ampliar a saúde suplementar. E esse é um setor popular forte no Brasil, que chegou a eleger presidente da República. O governo Lula, por exemplo, não priorizou o SUS. A visão que o governo tem do SUS é de programas focais, como o Brasil Sorridente e o SAMU. A idéia sistêmica de socializar a saúde não ganhou os governantes, não ganhou o sindicato e não ganhou o povo brasileiro. Pesquisas mostram que vários segmentos sociais do Brasil não sabem que o Brasil tem um sistema público socializado de saúde universal. Sabem que existe o Saúde da Família, o de Saúde Mental... Tudo isso é SUS, mas nunca criamos tensão para socializar o direito à saúde, com prazo para se ter atenção primária, médico de família. Dados mostram que hoje boa parte da população, ao pensar no direito à saúde, pensa no direito à saúde suplementar. E isso vem aliado à crise de participação social contemporânea, no mundo inteiro e no Brasil: uma desvalorização da política como instrumento, não só dos partidos, mas também dos sindicatos e das associações de bairro. Acho que, no SUS, há uma institucionalização da participação. Mesmo os representantes dos usuários são sempre os mesmos, boa parte deles são corporações. Agora, é como a democracia: é melhor ter do que não ter. Não sou a favor de fechar conselho nem acabar com as conferências, como muita gente está propondo. Temos que aperfeiçoar: coibir reeleição, fazer rotatividade, estimular os setores sociais a participarem e discutir o tamanho e a dimensão do SUS no Brasil. Eu acho que, ultimamente, a saúde está perdendo terreno para o privado, como aconteceu com a educação nos anos 90. Não privatizaram as universidades federais, porque não foi preciso. Elas se prejudicaram pelo crescimento do mercado, com o MEC autorizando curso privado e agora criando o ProUni. De

várias formas, foi se tornando focal e secundário o setor estatal, público propriamente dito, da educação. É uma privatização branca. Hoje nós estamos vendo isso acontecer com a saúde. Muitas pessoas entram em convênios que oferecem uma cobertura baixa e fazem uso misto: consulta no convênio, insulina no SUS.

A existência do setor suplementar foi um empecilho para a universalização do direito à saúde?

No começo, isso era mais ideológico-cultural do que real. Agora, em 2007, o financiamento da saúde suplementar passou a ser maior do que o do público. Inverteu. Então é um empecilho real. E é um empecilho de desejo, de luta, de mobilização: **as pessoas passaram a aspirar, na sua cesta básica de vida, a uma caminhonete e a um plano de saúde.** Isso é paradoxal porque acontece no momento em que os Estados Unidos, que é o país que tem a maior saúde suplementar do mundo, está revenendo esse modelo. Porque, por mais dinheiro que você tenha, o plano não vai garantir a atenção integral. Há um reconhecimento de toda a Europa da necessidade de ter um setor público socializado de atenção à saúde. Aqui, nós criamos o SUS no auge da pressão neoliberal, contra a maré, e agora vemos essa inversão. Governos, sociedade e opinião pública não assumem que querem construir um sistema universal dominante em relação ao sistema suplementar. Não está no nosso discurso, nem na nossa política.

20 anos de SUS com equidade...

A idéia de equidade em política pública está muito ligada à renda, que é o discurso pregado pelo Banco Mundial. Então, para que SUS para todos? Dizem que o SUS tem que ser para os pobres. Vários intelectuais entraram

nesse jogo, de usar a equidade para tratar o SUS e o setor estatal. Só que, na saúde, consideramos a dimensão social e econômica, mas também a dimensão do risco: alguém que tem Aids precisa ter mais assistência do sistema público do que quem não tem, seja da classe A, B ou C. Se for da classe E, vai precisar ter muito mais, porque a terapia vai ser mais ampla, tem que ter bolsa-família, bolsa-alimentação... O Banco Mundial tem 'n' estudos dizendo que o tratamento de Aids no SUS é inequívoco. Porque, antes de melhorar a cobertura entre os pobres, distribuímos remédios para quem estava doente com Aids ou câncer.

20 anos de um conceito ampliado de saúde...

No geral, eu acho que existe uma ampliação positiva. Ainda há dominância de uma visão organicista, biologicista entre os trabalhadores, mas não é a mesma coisa. Quando trocamos a saúde coletiva pelo modelo canadense de promoção da saúde, houve uma mudança de ênfase. A promoção em saúde mexe com estilo de vida. Quando é mais coletiva, trabalha com uma biopolítica de controle social: sobre o cigarro, o álcool, a vida. Já a saúde coletiva tinha um discurso de conscientização, que queria mudar a lei também, mas com um discurso de empoderamento das pessoas. Então, se por um lado temos resultados positivos, por outro isso é perigosíssimo porque traz um fundamentalismo sanitário cada vez maior, demagógico, fácil de ser feito, que se confunde com moralismo e religião. É controle, só que do bem. Além disso, esse discurso de ampliação do conceito de saúde às vezes é reacionário. Faz crer que, com promoção, pode-se dispensar hospital; que com promoção ninguém vai ter câncer. Mentira: vai ter sim, só que mais tarde. É um falso que interessa ao desmonte. Como no Brasil os ministros têm sempre baixa governabilidade sobre a atenção à saúde, a linha de fuga acaba sendo a promoção.

20 anos depois, o que sobrou do projeto de sociedade da Reforma Sanitária?

Os setores minoritários tinham como projeto que o SUS fosse um pedaço da construção do socialismo. A maioria queria que o SUS fosse a construção de um país democrático. Acho que o SUS sempre foi um movimento reformista, no bom sentido da palavra. A idéia era: vamos colocar limite na questão do meio-ambiente e da medicalização, vamos fazer uma atenção à saúde estatizada, vamos tirar do mercado... O SUS teve, no começo, essa visão muito radicalmente democrática da sociedade e do próprio SUS. Acho que isso se perdeu.

O que o SUS trouxe de mais inovador?

O conceito de gestão participativa do Estado, gestão articulada, integrada, entre diferentes esferas de governo: estadual, municipal e federal; uma distribuição de orçamento público com critérios epidemiológicos, técnicos, populacionais e do direito à saúde. Isso significa, por exemplo, dizer que quem tiver câncer tem direito a ser tratado, com remédio, cirurgia, a viver decentemente, ter moradia, ter ambiente saudável. São elementos muito radicais de inovação que dão vitalidade ao entorno do SUS. E, por último, uma coisa concreta: o efeito demonstração. Pedacos do país em que o Saúde da Família tem eficácia, em que se cria cidadania, se humaniza o parto, mostram que é possível. Isso é muito forte do SUS: trazer evidências que enfraquecem o discurso do mercado de saúde suplementar.

20 anos atrás: o movimento sanitário cometeu algum erro?

Não ter valorizado a política de pessoal. Não ter feito uma aliança mais histórica com os trabalhadores, subestimando-os. E termos subestimado o grau de privatização que já existia no Brasil e as forças concretas que estavam atuando nesse sentido.

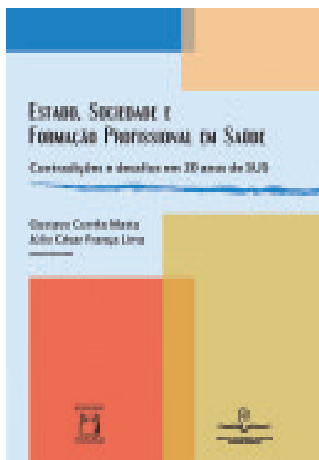
O financiamento tem sido apontado como o maior problema do SUS, 20 anos depois. É mesmo?

Não é o maior problema, mas é insuficiente. Os 20 anos do SUS estão coincidindo com a pior avaliação do SUS. Pesquisa feita pelo Ibope em São Paulo mostrou que o principal problema para a população passou a ser atenção à saúde. Já foi segurança e emprego, agora, em 2008, passou a ser saúde. Não acho que o financiamento seja o maior problema: se o SUS fosse querido, nós arranjáramos dinheiro. Se o SUS fosse um projeto social mais enraizado, o dinheiro viria.

20 anos depois: é possível retomar o projeto que inspirou o SUS?

Tudo isso está na pauta. O que me preocupa é que houve uma cooptação do SUS por gestores. Parte da intelectualidade crítica foi cooptada. Somos todos funcionários públicos estatais, que dependemos de cargos, planos de carreira. Perdemos a referência crítica, que tínhamos, no passado, quando éramos mais independentes e autônomos. O SUS, o chamado movimento sanitário intelectual, é muito grudado ao governo. A todos os governos. O povo avalia que estamos no pior momento da saúde e nós ficamos babando? A retomada está um pouco difícil porque os intelectuais não são tudo, mas são importantes para o futuro. Há um discurso único, dos comentaristas políticos, de que não precisamos de nada estatal, não precisamos de SUS. E nós temos outro discurso, mas que está muito descolado do povo, da vida real. O povo fala, ninguém entende. E se entende, discorda. ●

Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde



O Sistema Único de Saúde – SUS completa duas décadas de inscrição na Constituição brasileira. Esse é o mote do livro ‘Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS’, como produto de um Seminário de Trabalho sobre o mesmo tema. Organizados pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz, o objetivo de ambos é ‘co-memorar’, no sentido de ‘lembrar junto’, e fazer um balanço desse período.

O livro busca atualizar as discussões sobre as relações entre Estado, Políticas Sociais e Saúde, sobre o par Saúde e Sociedade — trazendo as questões que passam a temática da Democracia, da Participação e da Gestão em Saúde no Brasil contemporâneo — e ainda, sobre o tema do Trabalho e do

Trabalho em Saúde, enfatizando as relações que se configuram entre o Trabalho e a Educação na Saúde, nesse mesmo período.

Reunindo textos de dez autores de trajetória conhecida nas áreas de saúde e de educação, as análises realizadas nos artigos são atravessadas pela noção de totalidade, e é nessa perspectiva que os autores se debruçam sobre essas práticas sociais, analisando-as sob diversas dimensões: políticas, econômicas, sociais e culturais. Embora compartilhem essa vertente, o que caracteriza a coletânea é a pluralidade nas análises. Sem fugir das polêmicas e sob orientações diferenciadas, os diversos autores lançam um olhar sobre esses 20 anos apontando contradições e desafios que estão postos para aqueles que lutam por um SUS universal e democrático e por uma educação profissional em saúde de caráter emancipatório.

A partir da produção de um balanço do período 1988-2008, Emir Sader, Sonia Fleury, Jairnilson Paim, Lígia Bahia, Sérgio Lessa, Virginia Fontes, Nelson Rodrigues dos Santos, Ruben Mattos, Lúcia Neves e Isabel Brasil levantam e aprofundam questões que estão imbricadas numa conjuntura, que, como os organizadores apontam, é perpassada por uma contradição central entre a dominância do projeto neoliberal e a organização de um sistema de saúde baseado legalmente nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, com uma clara direção de reforço do setor público e não do mercado. Dentre os importantes avanços, os autores situam o progressivo processo de municipalização dos serviços de saúde, o crescimento da capacidade instalada na esfera pública, o acesso da população a procedimentos complexos como a hemodiálise e o tratamento da AIDS. A disputa de sentidos, concepções e práticas entre o projeto neoliberal e o projeto democrático e popular é subjacente às análises, tanto no âmbito da saúde como no da educação. Daí decorre, entre outros aspectos, a discussão em torno das tensões existentes entre: democracia representativa e democracia deliberativa; o impulso socializante dos movimentos populares nos anos 1980 e a reconfiguração da classe trabalhadora num processo progressivo de subalternização nos anos 1990; universalidade e integralidade versus focalização e segmentação; a luta pela desprivatização do SUS e os novos arranjos que recompõem a relação público-privado; o avanço do controle social e a intensificação do corporativismo, alterando o sentido da participação; a progressiva descentralização e os descompassos e interesses em jogo nesse processo; a formação integral e politécnica e a formação para a empregabilidade e polivalência.

Esses são alguns aspectos que tornam essa obra uma referência para educadores, cientistas sociais, profissionais de saúde, formuladores de política e militantes que reconhecem a saúde e a educação como práticas sociais estratégicas na construção de um país justo e soberano. ●

Angélica Fonseca e Monica Vieira

Professoras-pesquisadoras da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz



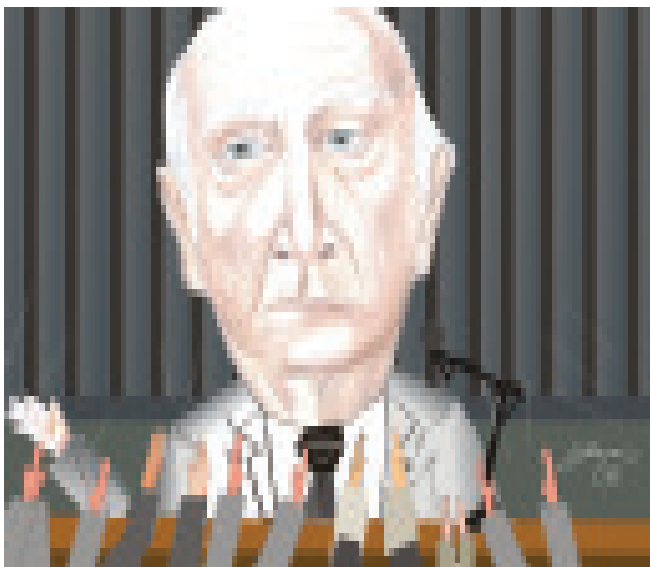
20 Anos da Constituição Cidadã de 1988 - Efeivação ou Impasse Institucional?, organizado por José Ribas - Editora Forense



Saúde: promessas e limites da Constituição, de Eleutério Rodrigues Neto, organizado por José Gomes Temporão e Sarah Escorel – Editora Fiocruz



Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária, organizado por Sonia Fleury, Lígia Bahia e Paulo Amarante – Cebes



Posso Falar?

A alegria era tanta no dia da promulgação da Constituição Federal de 1988, que Ulysses Guimarães teve seu discurso de 33 minutos interrompido 59 vezes por aplausos entusiasmados dos constituintes, governadores, convidados de mais de 30 países e da população que foi à cerimônia.

Voz ao povo

Depois de 20 anos de ditadura (1964-1984), censura e silêncio, a voz do povo voltou a ser ouvida. Pela primeira vez na história do Brasil, a população brasileira participou ativamente da elaboração do texto constitucional, através das Emendas Populares, que eram enviadas ao Congresso diretamente ou por meio de entidades civis. Foram apresentadas 122 emendas à Comissão de Constituição de Justiça de março de 1986 a julho de 1987. Cada uma tinha, no mínimo, 30 mil assinaturas. A emenda popular do capítulo do SUS na Constituição Federal de 1988, apresentada por Sergio Arouca, teve 50 mil assinaturas. Não foi à toa que Ulysses Guimarães, presidente da Assembléia Constituinte, a chamou de Constituição Cidadã.

PRA LEMBRAR

02/setembro

Começava, em Brasília, a 10ª Conferência Nacional de Saúde, que foi até o dia 6 de setembro de 1996. Os participantes discutiram o tema 'SUS: construindo um novo modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida'.

06/setembro

Foi instituída a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência pelo Decreto nº 914/1993.

19/setembro

Foi promulgada a lei orgânica da saúde (nº 8.080), em 1990.

01/outubro

Dia Nacional de Doação do Leite Humano foi instituído em 2003 com o objetivo de promover a prática da amamentação natural para o combate à desnutrição e à mortalidade infantil.

24/outubro

Instituiu-se a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996, para custear os serviços de saúde.

ACS: um trabalhador inventado pelo SUS

Profissional é fundamental para a Estratégia de Saúde da Família

Maíra Mathias

“Só no âmbito do SUS a profissão de Agente Comunitário de Saúde faz sentido”. A frase é de Márcia Valéria Morosini, professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), que aponta o ACS como um trabalhador do SUS por excelência. Segundo ela, outras experiências na utilização de agentes de saúde na cobertura da atenção básica são possíveis, mas o trabalho do ACS como existe hoje, só foi possível a partir da criação de um sistema que situava a saúde como direito de todos os cidadãos. Mônica Nunes, professora da Universidade Federal da Bahia, concorda que a ligação entre SUS e ACS é muito estreita. “O ACS aparece como um produto dessa proposta de inclusão social de todos no acesso não só ao sistema de saúde, porque isso é insuficiente, mas à saúde de uma forma mais ampliada”, afirma. E completa: “O ACS está organicamente ligado ao SUS”.

Das visitadoras sanitárias aos ACS

A primeira vez que se ouviu falar em um trabalho semelhante ao do ACS, no Brasil, o SUS ainda não era nem projeto. Seu antepassado mais remoto foram as visitadoras sanitárias, ligadas ao Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), criado em 1942. O papel das visitadoras era realizar visitas domiciliares, atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças, monitoramento e acompanhamento de grupos de risco, além de vigilância sanitária.

Essas atividades foram sendo ampliadas para outras regiões até que, em 1960, foi criada a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. Segundo Joana Silva e Ana Dalmaso, no livro ‘Agente Comunitário de Saúde: O Ser, o Saber, o Fazer’, a Fundação Sesp foi pioneira na criação de modelos para propostas de ampliação da cobertura de saúde, que se refletem, hoje, no Pacs e no PSF, como a

oferta organizada de serviços, a abordagem integral da família, o trabalho com a comunidade, e, claro, a visita domiciliar.

Outro programa que ajudou a configurar o perfil dos ACS de hoje foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) Nordeste, que, de 1976 a 1979, privilegiou o recrutamento de auxiliares que morassem no local beneficiado. A idéia de engajamento da comunidade no programa, que marca o trabalho do ACS, também estava presente aqui.

A partir de 1979, o Piass se transformou em uma política nacional. Em sua fase de maior expressão, o projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural – Vale do Ribeira (Devale) contribuiu para a construção do que viria a ser o ACS ao estabelecer que seus agentes, além de serem moradores das comunidades, também atuassem em postos de saúde e tivessem atribuições tanto na área de ações comunitárias quanto na de ações de atenção individual.

Em 1987, foram lançadas de uma vez por todas as bases para a transformação do trabalho dos agentes comunitários em política pública. Trata-se do Programa de Agentes de Saúde do Ceará que, de proposta de socorro às populações atingidas pela seca, se transformou em uma ampla ação de promoção à saúde, utilizando o trabalho dos ACS em larga escala. “O ACS, como está concebido hoje, no SUS, surgiu no Ceará”, afirma Márcia Valéria. E é aqui que entra o SUS. Porque, segundo ela, um ano depois, com a aprovação da nova Constituição e do Sistema Único de Saúde, o Brasil teria, pela primeira vez, uma política pública nacional que privilegiasse uma concepção ampliada de saúde. E deu certo: em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Agentes de Saúde (Pnacs), com o objetivo de unir as várias ações que existiam espalhadas pelo país sob uma única orientação. Um ano depois, o Pnacs se transformou no Progra-

ma de Agentes de Saúde (Pacs). A melhora dos indicadores de saúde apresentados pelos municípios que adotaram o Pacs favoreceu a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Hoje, o PSF é entendido como uma estratégia que altera o modelo assistencial de saúde centrado na doença, no médico e no hospital para responder à demanda por atenção integral — como manda o SUS. Juntos, Pacs e PSF compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Mais Saúde: 240 mil ACS até 2011

Os resultados positivos de pesquisas sobre o impacto da atenção básica levaram o atual governo a ampliar o número de equipes. A ESF vai contar, até 2011, com 40 mil equipes – hoje são 28 mil –, segundo as metas do Mais Saúde (PAC da Saúde), lançado em dezembro de 2007. Com essa ampliação, o número de ACS também crescerá, passando dos 221 mil atuais para 240 mil.

Os avanços conquistados pelos ACS ao longo desses 20 anos de SUS mostram, por um lado, a capacidade de organização dessa categoria e, por outro, a importância que eles adquiriram no sistema como um todo. Houve um tempo, por exemplo, em que bastava saber ler e escrever para estar apto a realizar o trabalho dos agentes. Hoje, existe, proposto pelos Ministérios da Saúde e da Educação e formalizado pelo Conselho Nacional de Educação, um curso técnico de ACS. O que falta é financiamento para sua realização em boa parte dos estados. Outras conquistas importantes se deram na área de gestão do trabalho. Em 2002, eles conseguiram fazer a sua atividade virar profissão, com a promulgação da lei 10.507. Em 2006, outra lei, a de nº 11.350, criou o processo seletivo público especificamente para ACS e agentes de endemias, num esforço de desprecarização das relações de trabalho desses profissionais. ●

POLITECNIA

Ao ver o nome do verbete que dá origem a esta matéria, você deve estar pensando que se trata de mais uma receita para a formação de trabalhadores multifacetados, com diversas habilidades, que dominem diferentes técnicas e respondam a vários estímulos ao mesmo tempo. Em resumo, aquele sujeito que o mercado de trabalho atual diz que precisa: flexível, empreendedor e com capacidade de adaptação. Quer um conselho para recomendar a ler este texto? Esqueça toda essa conversa e volte a se situar no contexto do SUS — personagem de todas as páginas desta revista — com seus princípios, diretrizes e projeto de sociedade.

É que **a idéia de politecnia complementa, pelo campo da educação, a defesa do direito universal e da perspectiva ampliada de saúde trazida pelo SUS.** “O projeto de politecnia na criação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) traduzia a articulação entre o conceito ampliado de saúde e o conceito de relação trabalho-educação, para além do capital”, explica Isabel Brasil, professora-pesquisadora da EPSJV, citando uma experiência concreta de educação politécnica na saúde.

O objetivo do projeto de educação politécnica é superar a fragmenta-

ção do conhecimento e, com isso, buscar uma sociedade justa, digna e igualitária. A história é mais ou menos assim: numa sociedade como a nossa, a escola também serve de cenário para a reprodução da desigualdade social. E o principal caminho para essa ‘ajuda involuntária’ que a educação presta é a separação entre conhecimento geral (teórico) e conhecimento aplicado (prática). Isso quer dizer que, para as classes populares, o acesso à escola, quando não é negado, fica restrito à formação instrumental para o trabalho. O conhecimento mais amplo e fundamentado, da ciência e da cultura, tornou-se privilégio de pequenos grupos, que precisam dele para continuar como dirigentes. É essa dualidade que a educação politécnica quer superar.

Mas atenção: o esforço não é de substituir o treinamento prático dos trabalhadores por uma formação teórica, e sim de integrar essas duas dimensões do saber. No primeiro número da Revista ‘Trabalho, Educação e Saúde’, Dermeval Saviani, professor da Faculdade de Educação da Unicamp, explica assim o conceito: “A idéia de politecnia envolve a articulação entre trabalho intelectual e trabalho manual, implicando uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases da organização do trabalho na nossa sociedade e que, portanto, nos permita compreender o seu funcionamento”.

No ‘Dicionário de Educação Profissional em Saúde’, editado pela EPSJV, o professor e pesquisador da Universidade Federal Fluminense José Rodrigues define assim as possibilidades de um projeto de politecnia: “A construção de uma concepção de educação politécnica precisaria, necessariamente, estar embasada em práticas pedagógicas concretas que deveriam buscar romper com a profissionalização estreita, por um lado, e com uma educação geral e propedêutica, livresca e descolada do mundo do trabalho, por outro”. Para Isabel Brasil, um exemplo dessa prática pedagógica necessária à formação politécnica é a adoção do currículo integrado. “Mas quando falo em currículo integrado e interdisciplinaridade, não estou me referindo a esse modelo, muito em moda, de extinção das disciplinas. Falo de um currículo que integre conteúdos das Ciências Humanas e das chamadas ciências duras, entre si e com a prática”, explica.

Para entender melhor esse esquema, é preciso ‘desnaturalizar’ pelo menos duas idéias muito comuns nos dias de hoje. A primeira é aquela segundo a qual o objetivo da educação é facilitar a entrada no mercado de trabalho. Marise Ramos, professora-pesquisadora da EPSJV e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, lembra que a educação politécnica não pode ser pensada de forma descolada

do conceito de **formação omnilateral**. E o que isso quer dizer? “Formação plena, integral do ser humano. Uma formação que desenvolva todas as potencialidades do ser de satisfazer suas necessidades materiais e espirituais e, assim, transitar entre a necessidade e a liberdade. Trata-se, então, da formação de um ser que é, ao mesmo tempo, produtivo e criativo”, explica. O horizonte da educação, diz, tem que ser a emancipação humana, nunca a adaptação.

O outro conceito que é preciso ser repensado para que se entenda a idéia de politecnia é o de trabalho. Isso porque nos acostumamos a definir o trabalho a partir da realidade do sistema capitalista. Com isso, perdemos a dimensão histórica, já que não foi sempre assim. O próprio Saviani, no mesmo artigo, propõe que trabalho seja definido como aquilo que caracteriza a humanidade. Segundo ele, essa é a

"(Politecnia) refere-se a um conceito central do pensamento pedagógico que toma o trabalho como princípio educativo. Ele compreende uma avaliação crítica da visão pragmática e instrumentalista das relações entre educação e trabalho e do dualismo entre ensino geral/acadêmico e ensino profissional, que seriam expressões da divisão social do trabalho. Do conceito de politecnia, surgem propostas sobre a formação omnilateral (do latim *omnis* = tudo e *latus* = lado, significa desenvolvimento integral do homem) a partir da integração e prática, da cultura geral e tecnológica e das diversas dimensões do processo educativo (intelectual, tecnológico, físico, estético, ético, lúdico, etc.). Isso não significa ensinar tudo, mas orientar o processo de ensino/aprendizagem pelo princípio ontológico da totalidade."

*Fonte: *Fernando Fidalgo e Lucília Machado - Verbete: Politecnia/Monotecnica do Dicionário da Educação Profissional*

diferença fundamental entre o homem e os animais. “Os animais têm sua existência garantida pela natureza e, por conseqüência, se adaptam à natureza. O homem tem de fazer o contrário: ele se constitui no momento em que necessita adaptar a natureza a si”, explica, e resume: “Trabalhar não é outra coisa senão agir sobre a natureza e transformá-la”. Essas são definições importantes porque, pela perspectiva politécnica, a organização da educação — e, portanto, do currículo — se dá, necessariamente, pelo conceito e pela prática do trabalho. É o que os estudiosos desse campo chamam de ‘trabalho como princípio educativo’.

Politecnia e SUS

As primeiras publicações sobre politecnia são contemporâneas do Movimento da Reforma Sanitária, que deu origem ao SUS. Todas essas iniciativas são, segundo Isabel Brasil, frutos do pensamento crítico e da vontade política de fortalecer a esfera pública voltada para a saúde da população. “Tratava-se de ações voltadas para a universalização e democratização da saúde e a reafirmação de uma educação emancipadora dos trabalhadores de nível médio e fundamental dessa área. Uma formação que considera que eles desenvolvem um trabalho humano, e, portanto, reafirma a condição intrínseca de pensar e fazer”, diz.

Mas as coincidências não são apenas temporais — há semelhanças também no projeto de sociedade que esses conceitos e ações carregam. Marise Ramos acha que **os princípios do SUS são convergentes com a concepção de politecnia** por várias razões. “Primeiro, porque a

atenção à saúde, a assistência e o cuidado, são processos que visam assegurar a produção e a reprodução da vida humana”, diz. Por isso, a área da saúde pode servir de exemplo para aquele conceito de trabalho mais amplo — que vai além da realidade capitalista — porque atua na relação entre homem e natureza, vida e homem. Sem essa concepção trazida pela Reforma Sanitária, segundo Marise, o trabalho em saúde seria entendido como mercadoria, portanto, como apenas mais um exemplo das relações sociais de exploração. “Sob os princípios da integralidade e da universalidade, o trabalho em saúde pode se contrapor à alienação e se traduzir como processo de criação humana”, completa.

O conceito ampliado de saúde, que vai além da doença, também permite, na opinião de Marise, uma aproximação com a idéia de politecnia. Porque, ao entender que a saúde depende da qualidade de vida, faz com que se busque compreender todas as dimensões da realidade social que determinam as condições de vida das pessoas. “Por isso, a educação politécnica em saúde não pode ficar restrita aos serviços: precisa ir ao SUS. Mas não pode se deter ao SUS, e sim compreendê-lo como universo específico no qual se produzem condições objetivas e subjetivas de manutenção da vida humana, que é determinada por relações econômicas, físico-ambientais, históricas, culturais, dentre outras”, explica. E conclui: “Se a plena formação humana e sua realização como espécie é uma utopia em construção, assim também nos parece ser o pleno direito à saúde e a produção social da vida em condições de igualdade e qualidade, questões também presentes no projeto do SUS. Por isso, a educação politécnica pode ser uma mediação importante para a consolidação desse projeto. A educação fragmentada e o processo de trabalho dividido social e tecnicamente é, ao contrário, o impedimento da consolidação desse projeto”. ●

Saiba mais

- Dicionário de Educação Profissional em Saúde – editado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em 2006.
- Revista Trabalho, Educação e Saúde – editada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, nº 1, v. 1.