



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Escola de Serviço Social

O POSICIONAMENTO DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE REALIZADAS
APÓS A INSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FRENTE AO
DESFINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso

Autora: Amanda Vermelho Guimarães Silva

Orientadora: Cecília Paiva Neto Cavalcanti

Rio de Janeiro

2007

Amanda Vermelho Guimarães Silva

O POSICIONAMENTO DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE
REALIZADAS APÓS A INSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FRENTE AO DESFINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso de
Graduação, da Escola de Serviço Social da
Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cecília Paiva Neto
Cavalcanti.

Rio de janeiro
2007

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, irmãos, amigos e ao meu amado namorado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me dar a vida e por estar sempre ao meu lado, me iluminando, me dando força e protegendo a mim e a todos que eu amo.

Agradeço infinitamente a toda minha família, pai, mãe, irmãos, pelo carinho, amor, compreensão, dedicação, amizade e apoio ofertados em todos os momentos de minha vida, principalmente nessa trajetória acadêmica.

Ao Ottinho, meu amor, companheiro, amigo, confidente, obrigada por tudo que você fez e continua fazendo por mim, por sempre me incentivar, pelo carinho, amor, dedicação... por me permitir fazer parte de sua vida. Eu te amo!

As amigas queridas, obrigada pela amizade sincera, apesar de estarmos mais distantes do que juntas, sei que posso contar com vocês sempre que precisar.

As amigas da faculdade, muito obrigada por estarem ao meu lado nessa jornada árdua, dividindo segredos, momentos especiais, duros trabalhos e finalmente, a vitória por concluir uma faculdade de excelência.

Aos colegas de trabalho por terem compartilhado comigo suas experiências, pelos ensinamentos, pelo carinho e por acreditarem no meu profissionalismo.

À Cecília, orientadora maravilhosa e exemplar, muito obrigada pela ajuda, incentivo, carinho, paciência e muita dedicação.

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para o meu amadurecimento pessoal e profissional.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar o posicionamento das Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) frente ao desfinanciamento da política de saúde.

Enfocar-se-á a trajetória da política de saúde desde o descobrimento do Brasil até o período da República, o início da intervenção estatal do Estado no setor, mais efetivamente na década de 30, as alterações ocorridas com a instauração da Ditadura Militar no país e, na saúde, do modelo de privilegiamento do produtor privado, e as modificações da década de 80 que culmina na promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instauração do SUS.

Dando prosseguimento, será analisado a política de saúde nos governos Collor e Itamar Franco, a tensão e disputa entre os projetos da Reforma Sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição Federal de 1988; e o Privatista, que privilegia o mercado, após a consolidação da política de ajuste neoliberal e implementação da Reforma do Estado no governo FHC, e sua continuidade no governo Lula.

Por fim, a análise central do trabalho, mostrando, dentre outras conclusões, que o posicionamento das quatro conferências analisadas é de luta pela retomada do projeto da Reforma Sanitária e aplicação dos dispositivos legais que instituem o SUS, mesmo com as dificuldades impostas pela política econômica recessiva e desvios significativos de seus recursos. Entretanto, é importante que as conferências reforcem o seu papel de instância deliberativa e lutem pela criação de um Fundo da Seguridade Social, para que os recursos sejam utilizados somente nas políticas que a compõem.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
-----------------	----

CAPÍTULO I: TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL ATÉ A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	13
1.1 De 1500 até o Primeiro Reinado.....	13
1.2 Do início da República (1889) até 1930.....	14
1.3 A intervenção do Estado na saúde – 1930 a 1964.....	18
1.4 A política de saúde na Ditadura Militar.....	22
1.5 Ascensão do Movimento da Reforma Sanitária.....	28
1.6 Promulgação da Constituição Federal de 1988 e instituição do SUS.....	30
CAPÍTULO II: O IMPACTO DA REFORMA DO ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	37
2.1 A (não)implantação do SUS nos governos Collor e Itamar Franco.....	37
2.2 A implementação da Reforma do Estado no governo FHC e suas implicações na área da saúde.....	40
2.2.1 Reforma Sanitária e concepção democrática X Projeto Privatista e concepção neoliberal no governo FHC.....	44
2.3 Governo Lula: a opção pela continuidade do modelo neoliberal e o desmonte do social.....	53
CAPÍTULO III: O FINANCIAMENTO DO SUS A PARTIR DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE.....	58
3.1 Participação e Controle Social.....	58
3.2 As Conferências Nacionais de Saúde.....	62
3.3 O posicionamento das Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a instituição do Sistema Único de Saúde frente ao desfinanciamento da política de saúde.....	64
3.3.1 IX CNS.....	66
3.3.2 X CNS.....	68
3.3.3 XI CNS.....	70
3.3.4 XII CNS.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS: Ações Integradas de Saúde

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAP: Caixa de Aposentadoria e Pensão.

CNS: Conferência Nacional de Saúde

CONASP: Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CPMF: Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CSLL: Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

DRU: Desvinculação das Receitas da União

FHC: Fernando Henrique Cardoso

FMI: Fundo Monetário Internacional

FNS: Fundo Nacional de Saúde

IAP: Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

MARE: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

NOB: Norma Operacional Básica

OS: Organizações Sociais

PAB: Piso de Atenção Básica

PDRAE: Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PSF: Programa Saúde da Família

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso de Graduação é parte de uma exigência do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo como objetivo central analisar o posicionamento das Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a instituição do Sistema Único de Saúde frente ao desfinanciamento da política de saúde.

O interesse pelo tema surgiu a partir de sugestões dadas pela orientadora devido à dificuldade de conseguir a aprovação do Conselho de Ética do Hospital Geral de Bonsucesso do projeto inicial para o trabalho de conclusão de curso intitulado “Avaliação dos Serviços de Saúde prestados na Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso”. Como as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são instâncias para o exercício do controle social, que norteia a implantação da política de saúde em todas as esferas de governo, é importante analisar o posicionamento destas frente a um Estado que privilegia a política econômica em detrimento do social, analisando as discussões referentes ao financiamento da saúde a partir da década de 90. O trabalho foi desenvolvido a partir da análise documental de fonte primária - relatório final da XI à XII CNS privilegiando o tema do financiamento, e fontes secundárias - levantamento bibliográfico sobre o assunto.

Considero imprescindível que essa análise seja feita pelo assistente social, haja visto que a área da saúde é a que mais emprega tais profissionais, sobretudo o setor público, onde estes terão a oportunidade e o desafio de trabalhar todas as problemáticas inerentes à questão social. Para isso, é necessário conhecer a realidade da saúde brasileira, e como a sociedade está se posicionando frente ao sucateamento desta política social.

A política de saúde brasileira sofreu profundas modificações no decorrer de sua trajetória. Não dispondo de uma estrutura sanitária mínima no país desde seu descobrimento até o início da República, as ações de saúde basearam-se no modelo do sanitarismo campanhista.

A partir da década de 20, com o início do processo de industrialização e urbanização no país, os operários começaram a reivindicar direitos devido às péssimas condições de trabalho e falta de garantias de direitos trabalhistas, conquistando a instituição das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs).

Os anos 30 foram marcados pelo início da intervenção do Estado na questão social por meio das políticas sociais, devido ao agravamento das condições de vida dos trabalhadores. A política de saúde no governo varguista era organizada em dois subsetores: o da saúde pública, com ações pontuais e prestada principalmente por instituições de caráter filantrópico para uma parcela mínima da população, considerados não-cidadãos, pois não tinham emprego formal, com carteira assinada; e o de medicina previdenciária, por meio das CAPs, transformadas posteriormente em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que não tinham o caráter universal, pois só atendia os trabalhadores formais e seus dependentes.

No período da Ditadura Militar houve a unificação do sistema previdenciário, com a criação do INPS, e a ampliação das categorias profissionais para os trabalhadores domésticos, autônomos e rurais, aumentando o contingente de beneficiários dos serviços de saúde, ficando inviável para o sistema atender toda a demanda. Sendo assim, o governo militar optou por alocar os recursos públicos para a iniciativa privada, constituindo um modelo de privilegiamento do produtor privado.

Devido ao processo de democratização aliado a uma profunda crise econômica a partir dos anos 80, a questão da saúde passou a ser interesse de novos sujeitos sociais, como os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos, ganhando dessa maneira uma dimensão política, vinculada à democracia.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde proporcionou a ampliação do debate sobre a questão da saúde no Brasil, com a participação da sociedade como um todo, na qual foi proposto a Reforma Sanitária.

Em 1988 é promulgada a Constituição Federal, que incorpora grande parte das reivindicações do movimento sanitário, tais como: a concepção de saúde como um direito social e dever do Estado; a universalização do acesso e a constituição do

Sistema Único de Saúde – SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com a participação da comunidade.

Além da contemplação dessas reivindicações, a Constituição Federal *“inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, a Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado”*. (BRAVO, 2006:02).

A regulamentação dos preceitos constitucionais se dá com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90) que vai instituir o SUS, definindo as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento das ações e serviços correspondentes, com a finalidade de proporcionar a toda a população acesso ao atendimento público de saúde.

Contudo, será nessa mesma década que no Brasil se dará o processo de redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal. Segundo Bravo (2006:14), *“a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública e sucateamento da saúde e da educação”*.

O modelo econômico neoliberal preconizou a desregulamentação da economia e a reforma do Estado, já em curso em outros países na América Latina, acarretando na privatização de empresas estatais e na redução dos investimentos em políticas sociais. No setor da saúde surgem novas configurações na relação público-privado, como a privatização dos serviços e a terceirização dos recursos humanos.

A proposta de política de saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída na medida em que a saúde se vincula ao mercado, e os dispositivos legais prescritos na Constituição Federal sobre a saúde são descumpridos, além de uma omissão por parte do governo federal no que tange a regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Diante desse contexto, entram em disputa dois projetos na política de saúde: o da Reforma Sanitária e o da Saúde vinculada ao mercado privatista. O Projeto de Reforma Sanitária, fruto de reivindicações dos profissionais de saúde com diversos movimentos populares, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de

Saúde – SUS, e a preocupação de assegurar que o Estado atue em função da sociedade, como responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. O projeto de saúde vinculada ao mercado *“está pautado na política de ajuste que tem como principais tendências à contenção dos gastos com a racionalização da oferta e descentralização com isenção de responsabilidade do poder central”*. (BRAVO, 20006:15). Neste projeto o Estado deve garantir um mínimo para a população que não possui condições de arcar com um plano de saúde, e os que possuem acesso ao mercado, atendem suas necessidades neste.

O financiamento da Seguridade Social, em conseqüência, da política de saúde, tem sofrido considerável cortes em função do pagamento dos juros da dívida pública brasileira e composição do superávit primário. Sendo assim, é importante analisar o posicionamento das instâncias de controle social, no caso as conferências de saúde, frente ao desfinanciamento da política de saúde para avaliar se proponham mudanças para que a saúde realmente se efetive como um direito social e dever do Estado.

O presente trabalho possui três capítulos. O primeiro capítulo analisa a trajetória da saúde desde 1500, passando pela intervenção estatal no governo Vargas, na Ditadura Militar até a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde - SUS, consolidando a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado, com princípios e diretrizes em consonância com as reivindicações do movimento da Reforma Sanitária.

O segundo capítulo traz uma reflexão sobre a consolidação do neoliberalismo no Brasil a partir da década de 90 e o impacto da reforma do Estado na política de saúde no governo FHC, trazendo a tensão e disputa entre os projetos da Reforma Sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição Federal de 1988; e o Privatista, que privilegia o mercado. Depois, a continuidade da mesma política no

governo Lula, que prometeu a retomada do projeto democrático, mas que só reiterou a política neoliberal no Brasil, agravando o estado das políticas sociais brasileiras.

O terceiro capítulo aborda a análise central do trabalho, que é o posicionamento de quatro Conferências Nacionais de Saúde, a saber: IX, X, XI e XII, frente ao desfinanciamento da política de saúde, desenvolvida a partir de análise documental utilizando-se de fonte primária - relatório final da XI à XII CNS privilegiando o tema do financiamento, e fontes secundárias - levantamento bibliográfico sobre o assunto.

O posicionamento das quatro conferências analisadas é de luta pela retomada do projeto da Reforma Sanitária e aplicação dos dispositivos legais que instituem o SUS, mesmo com as dificuldades impostas pela política econômica recessiva e desvios significativos de seus recursos. Entretanto, é importante que as conferências reforcem o seu papel de instância deliberativa e lutem pela criação de um Fundo da Seguridade Social, para que fique mais difícil o uso de seus recursos para outros fins que não a assistência, a previdência e a saúde da população.

CAPÍTULO I – TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL ATÉ A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

Este capítulo aborda a trajetória da política de saúde desde a época do descobrimento do Brasil, o início da República, a intervenção na área da saúde a partir de 1930, o período da Ditadura Militar até o processo de lutas e conquistas que envolveram o projeto da Reforma Sanitária, o qual levou a implementação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988.

1.1 De 1500 até o Primeiro Reinado

O Brasil desde o descobrimento até a instalação do Império foi colonizado basicamente por degredados e aventureiros, não dispondo de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo.

Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar.

A vinda da família real ao Brasil criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. A necessidade de internação de enfermos dos navios destituídos de recursos ou pessoas recém-chegados ao Brasil, sem família e

moradia, acarretou no século XVI, a criação das Santas Casas da Misericórdia, segundo os moldes da estabelecida em Lisboa, Portugal, de cunho filantrópico. Essas instituições ainda estão presentes em todo o país, realizando atendimentos através de convênios com o Sistema Único de Saúde.

Até 1850, Polignano (2001:03) afirma que as atividades de saúde pública estavam limitadas as seguintes ações:

- *Delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais;*
- *Controle de navios e saúde dos portos.*

Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século.

O tipo de organização política do Império era de um regime de governo unitário e centralizador, e que era incapaz de dar continuidade e eficiência na transmissão e execução à distância das determinações emanadas dos comandos centrais.

A carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme. Segundo Albuquerque¹apud Polignano, no Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão. Em outros estados brasileiros eram mesmo inexistentes.

A inexistência de uma assistência médica estruturada fez com que proliferassem pelo país os boticários² (farmacêuticos). Aos boticários cabia a manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, mas a verdade é que eles próprios tomavam a iniciativa de indicá-los, fato muito comum até hoje.

Em 1808, Dom João VI fundou na Bahia o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da cidade de Salvador. No mês de novembro do mesmo ano foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital Militar.

1.2 Do início da República (1889) até 1930

¹ ALBUQUEQUER, Manoel Maurício. **Pequena História da Formação Social Brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

² “Nesta época, não dispondo de um aprendizado acadêmico, o processo de habilitação na função consistia tão somente em acompanhar um serviço de uma botica já estabelecida durante um certo período de tempo, ao fim do qual prestavam exame perante a fisicatura e se aprovado, o candidato recebia a “carta de habilitação”, e estava apto a instalar sua própria botica”. (ALBUQUEQUER APUD POLIGNANO, 2001:03).

Com a Proclamação da República, estabeleceu-se uma forma de organização jurídico-política típica do estado capitalista. No entanto, essa nova forma de organização do aparelho estatal assegurou apenas as condições formais da representação burguesa clássica, especialmente a adoção do voto direto pelo sufrágio universal.

A tradição de controle político pelos grandes proprietários (o coronelismo) impôs ainda normas de exercício do poder que representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários. Apenas a eleição do Presidente da República pelo voto direto, de quatro em quatro anos, produziu lutas efetivas em que se condensavam os conflitos no interior do sistema.

Os programas partidários nunca chegaram a se configurar numa perspectiva de âmbito nacional. Polignano (2001) relata que das dezenove organizações políticas que atuaram até o movimento de 1930, nenhuma excedeu a disciplina imposta pela defesa de interesses regionais, embora pudessem compor, eventualmente, alianças que dominaram as práticas políticas até aquela data.

No que tange a saúde pública, a falta de um modelo sanitário para o país deixavam as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade.

Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz³, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. Foi criado um verdadeiro exército de mil e quinhentas pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela. A falta de

³ “Oswaldo Cruz era médico, cientista e sanitarista brasileiro, foi o pioneiro no estudo de moléstias tropicais e fundador da medicina experimental no Brasil. Fundou em 1900 o Instituto Soroterápico Nacional, cuja direção assumiu em 1902. Diretor-geral da Saúde Pública (1903), coordenou as campanhas de erradicação da febre amarela e da varíola, no Rio de Janeiro. Contribuiu para o controle de doenças epidêmicas ao organizar os batalhões de “mata-mosquitos”, encarregados de eliminar os focos dos insetos transmissores, e convencer o presidente Rodrigues Alves a decretar a vacinação obrigatória, o que provocou a rebelião de populares e da Escola Militar (1904) contra o que consideravam uma invasão de suas casas e uma vacinação forçada, fato que ficou conhecido como Revolta da Vacina. Hoje, o Instituto Oswaldo Cruz é respeitado internacionalmente”. (WIKIPEDIA).

esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guardas-sanitários” causaram revoltas na população.

Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e foi concebido dentro de uma visão militar em que “os fins justificam os meios”, e no qual o uso da força e da autoridade era considerado os instrumentos preferenciais de ação.

A onda de insatisfação se agrava com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº. 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação antivaríola obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a Revolta da Vacina.

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.

Polignano (2001:05) expõe que na reforma promovida por Oswaldo Cruz foram incorporados como elementos das ações de saúde:

- *O registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população;*
- *A introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico;*
- *A fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa.*

Em 1920, Carlos Chagas⁴, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça, e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial. Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como

⁴ “Carlos Justiniano Ribeiro Chagas foi um médico sanitarista brasileiro, responsável, em 1905, pela primeira campanha profilática contra a malária, em Itatinga, interior de São Paulo, conseguindo controlar o surto. Foi a primeira ação bem sucedida na história da luta contra esta doença e serviu de base para o efetivo combate à moléstia no mundo inteiro. Em 1909, o cientista mineiro descobriu o protozoário causador da tripanossomíase americana, ao qual deu o nome de *Trypanosoma cruzi*, em homenagem a Oswaldo Cruz. Seu estudo dessa moléstia, que ficou conhecida mundialmente como *doença de Chagas*, foi o mais completo já realizado por um único pesquisador e compreendeu todos os aspectos da doença: anatomia patológica, epidemiologia, etiologia, formas clínicas e meio de transmissão”. (WIKIPÉDIA).

problemas individualizados. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro, e criou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery.

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agro-exportadora, acentada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século XIX até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitismo campanhista⁵.

Gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras o modelo campanhista deslocou a sua ação para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais, visto que a agricultura era a atividade hegemônica da economia na época.

A partir da década de 20, com a acumulação capitalista advinda do comércio exterior, tornou-se possível o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio - São Paulo. Tal processo foi acompanhado de uma urbanização crescente, e da utilização de imigrantes, especialmente europeus (italianos, portugueses), como mão-de-obra nas indústrias, visto que os mesmos já possuíam grande experiência neste setor, que já era muito desenvolvido na Europa.

Os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquista dos seus direitos.

⁵ “O sanitismo campanhista tinha uma concepção de saúde fundamentada na teoria dos germes, que leva ao modelo explicativo monocausal, segundo o qual os problemas de saúde se explicam por uma relação linear entre agente e hospedeiro. Por isso, o sanitismo campanhista pretendeu resolver os problemas de saúde – ou melhor, das doenças – mediante a interposição de barreiras que quebrem esta relação agente/hospedeiro para o que estrutura ações, de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, por meio da criação de estruturas ad hoc, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções nos corpos individual e social”. (MENDES, 1992:02).

Através da organização e mobilização dos operários, estes começaram a conquistar alguns direitos sociais. Assim, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs).

A primeira CAP criada foi a dos ferroviários, o que pode ser explicado pela importância que este setor desempenhava na economia do país naquela época e pela capacidade de mobilização que a categoria dos ferroviários possuía.

As CAPs eram financiadas pelo Estado, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e variavam de CAP para CAP, mas os principais previstos foram: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Em 1930, o sistema já abrangia 47 caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados, e 7.013 pensionistas.

1.3 A intervenção do Estado na saúde – 1930 a 1964

Entre 1922 a 1930, sucederam-se crises econômicas e políticas em que se conjugaram fatores de ordem interna e externa, e que tiveram como efeito a diminuição do poder das oligarquias agrárias. Em particular, atuaram no Brasil as crises internacionais de 1922 e 1929, tornando mais agudas as contradições e instalações contra a política dos governadores.

Em 1930, comandada por Getúlio Vargas, é instalada a Revolução, que rompe com a “política do café com leite”, entre São Paulo e Minas Gerais, e efetua mudanças na estrutura do Estado. A partir da Revolução de 30, o país passa por um processo de aceleração da urbanização, contribuindo para a ampliação da classe trabalhadora nos centros urbanos, em precárias condições de higiene, saúde, habitação e educação.

As péssimas condições de trabalho encontradas nas fábricas, tais como a pouca iluminação, a falta de higiene e extensas jornadas de trabalho provocaram revoltas no interior da classe trabalhadora. Em função dessas condições, iniciava-se um processo de reivindicação dos trabalhadores em torno de melhores condições de

trabalho e de vida. Sendo assim, a “questão social” ⁶ é reconhecida pelo Estado, que começou a intervir nela provendo políticas sociais. Segundo Netto,

“através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social”, de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operante.” (2001:30).

Entretanto, o governo varguista vinculou os direitos sociais no trabalho, dividindo trabalhadores formais (considerados cidadãos) e trabalhadores informais (considerados não-cidadãos), e para esses dois tipos de trabalhadores foram dadas atenções diferenciadas. Os trabalhadores formais contavam com proteção social, composta geralmente por quatro benefícios: medicina curativa; aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez; pensões para dependentes e ajuda para funerais. Já os trabalhadores informais contavam apenas com ações pontuais, fragmentadas, tendo como parâmetro o assistencialismo. Segundo Bravo,

“a política de saúde nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsectores: o de saúde pública, predominante até meados de 60, centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana; e o de medicina previdenciária, que só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.”(2006:04).

Segundo Braga e Paula⁷, citado por Bravo, as principais alternativas adotadas no campo da saúde pública, no período de 30 a 40, foram:

- 1 *Ênfase nas campanhas sanitárias;*
- 2 *Coordenação dos serviços estaduais de saúde nos estados de fraco poder político e econômico, pelo Departamento Nacional de Saúde;*
- 3 *Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;*
- 4 *Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da*

⁶ “Por “questão social”, no sentido universal do termo, entende-se como o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, a” questão social “está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho”. (CERQUEIRA FILHO APUD NETTO, 2001:17).

⁷ BRAGA, J.C. S, PAULA, S.G. **Saúde e Previdência**. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986: 53-55.

Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);

- 5 *Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.*

No governo de Getúlio Vargas, a crescente massa assalariada urbana passa a se constituir no ponto de sustentação política, através de um regime corporativista. Em 1943, são consolidadas as leis trabalhistas (decreto-lei nº. 5.452), que procuram estabelecer um contrato entre capital-trabalho, garantindo direitos sociais ao trabalhador. Ao mesmo tempo, recia-se a estrutura sindical do Estado. Entretanto, estas ações são passadas como dádivas do Estado, e não como conquista dos trabalhadores. O fundamento dessas ações era manter o movimento trabalhista contido dentro das forças do Estado.

“Após 1930, o governo Vargas aprofundará o tratamento da “questão Social” como uma problemática nova, isto é, que recebe um tratamento novo na ótica dos grupos dominantes. Esse tratamento novo não se refere só ao nível ideológico. O problema será tratado por novos aparelhos de Estado e a “questão social” será legítima. De fato, após essa data a intervenção dos poderes públicos nas questões trabalhistas crescerá continuamente visando à desmobilização/despolitização da classe operária e culminando com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) em 1943”. (CERQUEIRA FILHO APUD VELOSO, 2006:13).

Na era do Estado Novo, poucas foram as investidas no setor da saúde pública, destacando-se a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, com desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça), e a pulverização de ações de saúde a outros diversos setores como: fiscalização de produtos de origem animal que passa para o Ministério da Agricultura (1934); higiene e segurança do trabalho (1942) que vincula-se ao Ministério do Trabalho.

Em 1941, instituiu-se a reforma Barros Barreto, em que se destacam, segundo Polignano (2001:11-12):

- *A instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar;*
- *A criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste);*

- *O fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, como referência nacional;*
- *Descentralização das atividades normativas e executivas por 8 regiões sanitárias;*
- *Destaque aos programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública;*
- *Atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional (Instituto Nacional do Câncer).*

A escassez de recursos financeiros associado à pulverização destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, aos conflitos de jurisdição e gestão, e superposição de funções e atividades, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública no Estado Novo se reduzissem a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o que na verdade limitou-se a um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência.

No campo da medicina previdenciária, esta surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que eram instituições previdenciárias não mais baseadas na empresa, como as antigas CAPs, mas que organizavam todos os trabalhadores de uma categoria ocupacional específica e foram constituídos como entidades autárquicas, vinculada ao Estado via Ministério do Trabalho, sob o regime de capitalização. Recolhiam fundos (contribuições de empregados, empregadores e Estado) e proviam benefícios para aqueles trabalhadores, como forma de “antecipar” as reivindicações dessas categorias.

Para Oliveira e Teixeira⁸, citado por Bravo, o modelo de previdência que norteou os anos 30 e 45 no Brasil foi de orientação contencionista. Para os autores, um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi o efeito produzido pelo rápido crescimento da massa segurada. A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. A legislação do período, que se inicia em 30, demarcou a

⁸ OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. **(Im) Previdência Social: 60 anos de História da Previdência no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986: 61-65.

diferença entre previdência e assistência social, que antes não havia, e foram definidos limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica.

No período que vai de 1945 a 1964 aprofundam-se as relações capitalistas no país, com o início da constituição de um setor produtivo de bens de capital. O sistema previdenciário evoluiu nestes anos, adequando-se às novas condições políticas e econômicas, começando a sinalizar problemas e a mostrar sua face perversa. As características peculiares da vida política do país acabaram por fazer ressaltar os aspectos negativos do sistema, baseado na vinculação por setor produtivo. Os segmentos econômicos e politicamente mais fortes do movimento operário e sindical forçam a ampliação dos planos de benefícios. Com isso aumentam os gastos com a assistência médica.

“A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação de empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava a produção privada através do financiamento do Estado. Apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964 era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos IAPs. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros eram minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos”. (Bravo, 2006:05-06).

Essa situação irá ser modificada no regime que se instalou no país após 1964, a chamada “Ditadura Militar”.

1.4 A política de saúde na Ditadura Militar

O regime militar caracterizou-se pela influência do capital estrangeiro, consolidando o capitalismo, associado a uma forte repressão por parte do Estado. A política assistencial foi ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de legitimar o governo perante a sociedade, aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, além de suavizar as tensões sociais.

Um outro aspecto importante do regime militar, diz respeito à utilização da tecnoburocracia. Em consequência da repressão e do desmantelamento de todas as organizações da sociedade civil, o regime militar ocupou-se em criar uma tecnocracia, constituída de profissionais civis (tecnoburocratas) retirados do seio da sociedade e colocados sob a tutela do Estado, para repensar sob os dogmas e

postulados do novo regime e a nova estrutura e organização dos serviços do Estado.

Dentro do objetivo de buscar apoio e sustentação social, o governo militar propõe a unificação do sistema previdenciário visando garantir a uniformidade para todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes em relação aos benefícios da previdência social, visto que os benefícios e serviços oferecidos variavam entre as categorias profissionais, sendo as mais mobilizadas e organizadas política e economicamente, as mais favorecidas .

O processo de unificação previsto em 1960 se efetiva em 2 de janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo os seis IAPs existentes na época⁹, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

Na medida em que todo trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. O fato do aumento da base de contribuição, aliado ao crescimento econômico da década de 70 (o chamado milagre econômico), e ao pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros.

Com a unificação do sistema previdenciário, aliado a ampliação das categorias profissionais para os trabalhadores domésticos, autônomos e rurais, o contingente de contribuintes, e conseqüentemente de beneficiários, aumentou significativamente, sendo impossível ao sistema médico previdenciário existente atender toda a demanda. Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema,

⁹ São eles: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transporte de Cargas (IAPTEC) e Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Funcionários Públicos (**IPASE**).

tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia.

Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pró-labore), o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial¹⁰.

Em 1974 o sistema previdenciário saiu da área do Ministério do Trabalho, para se consolidar como o Ministério da Previdência e Assistência Social. Juntamente com este Ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A criação deste fundo proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados.

“A existência de recursos para investimento e a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados levou a um crescimento próximo de 500% no número de leitos hospitalares privados no período 69/84, de tal forma que subiram de 74.543 em 69 para 348.255 em 84”. (POLIGNANO, 2001:15).

Segundo Teixeira¹¹ citado por Bravo, foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características:

- 2 *Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;*

¹⁰“O conceito de complexo médico-industrial (CMI) passou a ser concebido de modo ampliado, contemplando as diferentes articulações entre a assistência médica, as redes de formação profissional, a indústria farmacêutica e a indústria produtora de equipamentos médicos e de instrumentos de diagnóstico. O CMI é um produto histórico e particular da evolução do sistema de saúde. É um estágio onde, devido à necessidade de reprodução dos capitais investidos, as práticas capitalistas privadas tornam-se hegemônicas e determinantes das funções, papéis e relações de cada ator no interior do próprio sistema”. (VIANNA, 2001:01).

¹¹ OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. **(Im) Previdência Social: 60 anos de História da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986: 207.

- 3 *Ênfase na prática curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e equipamento hospitalar;*
- 4 *Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos;*
- 5 *Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;*
- 6 *Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.*

Em 1978, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com o objetivo de unificar a estrutura administrativa e financeira do complexo médico-industrial.

No campo da organização da saúde pública no Brasil Polignano (2001:16) aponta as seguintes ações no período militar:

- *Promulgação do Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos e alimentos; pesquisa médico-sanitário;*
- *Criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), em 1970, com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária;*
- *Instituição do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde.*

No entanto, o Governo Federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS. Sendo assim, o Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão burocrático-normativo do que um órgão executivo de política de saúde.

Tendo como referência as recomendações internacionais e a necessidade de expandir a cobertura, em 1976 inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Concebido na Secretaria de Planejamento da Presidência da República, o PIASS se configura como o primeiro programa de medicina simplificada no nível federal. O programa é estendido a todo o território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública.

O modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise, devido a crise do capitalismo mundial, desencadeando um processo de aumento da dívida externa, elevação da taxa inflacionária e desemprego. A consequência dessa crise foi que os pobres ficaram mais pobres e os ricos mais ricos, sendo o país um dos que apresenta um dos maiores índices de concentração de renda em nível mundial¹².

A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como o aumento da violência, das favelas e da mortalidade infantil. Segundo Polignano (2001:17), o modelo de saúde previdenciário começa a mostrar suas mazelas, como:

- *A incapacidade do modelo proposto, por ter priorizado a medicina curativa, de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo);*
- *Aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de complexidade crescente;*
- *Diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário, reduzindo as suas receitas;*

¹² Segundo Oliveira, em 1960, os 10% mais ricos da população detinham 39% da renda nacional, e os 10% mais pobres detinham 17% da renda. Em 1980, os 10% mais ricos da população passaram a deter 51%, nível que, com ligeiras variações, mantém-se até os dias atuais. Os 10% mais pobres detinham 12% neste período.

- *Incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema;*
- *Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;*
- *Não repasse pela União de recursos do Tesouro Nacional para o sistema previdenciário, visto o mesmo ser tripartite (empregador, empregado e União).*

Na tentativa de conter custos e combater fraudes, o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS. O CONASP passou a absorver em postos de importância alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que dá início a ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários.

O plano inicia-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo-se as fraudes. O plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS.

O CONASP encontrou oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, que viam nesta tentativa a perda da sua hegemonia dentro do sistema e a perda do seu status. Polignano (2001) menciona que esses grupos opuseram e conseguiram derrotar dentro do governo, com a ajuda de parlamentares, um dos projetos mais interessantes de modelo sanitário, o PREV-SAÚDE¹³, que depois de seguidas distorções acabou por ser arquivado. No entanto, isto não impediu que o CONASP implantasse e apoiasse projetos pilotos de novos modelos assistenciais, destacando o PIASS no Nordeste.

Com o agravamento da crise financeira no país, o governo percebe a necessidade de se investir no setor público de saúde, que trabalhava com um custo menor e atendendo a uma grande parcela da população carente de assistência.

¹³ O PREV-SAÚDE foi um projeto elaborado pelo Governo Federal de reorientação global do sistema de saúde, a partir da implantação de uma rede de serviços básicos de saúde, que deveria integrar os Ministérios da Previdência e da Saúde.

Em 1983, foi criada as Ações Integradas de Saúde (AIS), unificando as ações entre os níveis de governo e entre o Ministério da Saúde e o INAMPS. Seu objetivo era o planejamento único e integrado dos recursos federais, estaduais e municipais e cujos princípios pautavam-se na universalização; potencialização e priorização dos serviços de atenção primária; descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas.

Com a situação econômica do país entrando em colapso, surge uma conjuntura favorável para o reaparecimento, no cenário político, de movimentos sociais e partidos políticos de oposição ao governo com ideais a favorecer a hegemonia dos setores democráticos e populares da sociedade brasileira.

É nesse contexto de luta pela redemocratização do país que surge o movimento sanitário, representado, sobretudo, por professores universitários, estudantes de medicina, profissionais de saúde, sindicalistas e movimentos populares, que reivindicava a implementação de uma Reforma Sanitária que levasse à politização da saúde, à alteração da norma constitucional e à mudança do arcabouço e das políticas institucionais, de maneira que fosse construído um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado complementar àquele, sob controle público e descentralizado.

Ao propor a unificação do sistema de atenção à saúde, buscavam a superação da histórica dicotomia entre assistência médica e individual e ações coletivas de saúde – a primeira sob responsabilidade da medicina previdenciária e a outra a cargo do Ministério da Saúde e das secretarias e órgãos de saúde de Estados e Municípios. Ou seja, tratava-se da luta pelo fim de uma prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, fruto de uma articulação entre o Estado e os interesses do capital internacional, que privilegiava a indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares.

1.5 Ascensão do Movimento da Reforma Sanitária

Com a superação do regime militar a partir do movimento das Diretas Já, o movimento social se intensificou e foi possível uma discussão maior sobre os rumos que o sistema de saúde deveria tomar.

Em 1984 foi realizado o “V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados” em Brasília, cujo relatório final intitulado “Proposta Política

para um Programa de Saúde” incorporou diversas análises e mudanças defendidas pelo Movimento Sanitário.

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão da saúde no Brasil ocorre com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília. O temário central desta conferência compreendia (BRAVO, 2006:09):

I. A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania;

II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Municípios, Territórios) na prestação dos serviços de saúde;

III. Financiamento setorial.

A VIII CNS instaurou um novo perfil para as conferências nacionais, que antes tinham um caráter consultivo; após 1986 elas passaram a orientar o processo de formulação da política pública de saúde. A VIII CNS representou o auge da formatação político-ideológica do projeto de Reforma Sanitária brasileira e definidora dos novos rumos da política nacional de saúde. Nela aprovou-se, por consenso, a proposta elaborada pelo Movimento Sanitário, ou seja, a organização de um sistema unificado de saúde, regido pelos seguintes princípios:

- Um conceito abrangente de saúde, no qual a mesma não está somente vinculada à ausência de doenças e assistência médica, mas relacionada com todos os seus determinantes e condicionantes como: alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, salário, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, dentre outros;
- Descentralização do processo decisório, assim como das ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, visando a municipalização;
- Integração das ações de saúde;
- Regionalização e hierarquização, de forma que os serviços fossem organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida;
- Comando por um único Ministério;

O relatório resultante da VIII CNS já indicava uma delimitação de atribuições de cada nível governamental: ao governo federal caberia o papel de formulação e

condução da política nacional de saúde; aos Estados caberia um conjunto de funções de gestão, coordenação, controle e elaboração, bem como a prestação de alguns serviços de saúde, em coordenação com os demais níveis; aos Municípios caberia o planejamento, a gestão, a coordenação do plano municipal de saúde, bem como a execução de serviços e ações básicas.

Após a VIII CNS, o governo percebeu que a consolidação das AIS era inadiável, tornando, assim, necessária a consolidação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o qual foi aprovado pelo presidente da República, em julho de 1987. Os princípios postulados pelo SUDS incorporaram aqueles da Reforma Sanitária.

Uma das maiores conquistas obtidas após a institucionalização do SUDS foi a possibilidade de uma efetiva descentralização político-administrativa da atenção à saúde. Em 1987, o montante de recursos transferidos pela União significava quatro vezes o orçamento do Estado para a saúde (BRAVO, 2006:11). Contudo, esse processo de descentralização, que valorizou num primeiro momento a estadualização, incorporou os Municípios que também receberam competências do Estado e do INAMPS.

O SUDS mudou a lógica do aparato estatal do nível estadual, pois esse deixou de ser apenas prestador de serviços públicos de saúde para tornar-se também gestor do sistema. Essa mudança trouxe consigo uma transformação fundamental no modelo de atenção à saúde, ou seja, concedeu acesso ao conjunto da população à assistência médica, que era até então um privilégio dos previdenciários.

A descentralização político-administrativa ocorrida com o SUDS possibilitou a criação de novos espaços de poder, que permitiram que as transformações não fossem revertidas. Ao contrário, abriram caminho para que o novo modelo de atenção à saúde fosse consolidado no Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição Federal de 1988.

1.6 Promulgação da Constituição Federal de 1988 e instituição do SUS.

O processo Constituinte significou um dos mais importantes momentos de todo o processo de transição democrática, visto que se tratava da definição dos princípios políticos que passariam a organizar o poder do Estado, assim como as relações entre o mesmo e a sociedade civil.

A Assembléia Constituinte no que tange à saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais e da Associação de Indústrias Farmacêuticas, e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte. Após vários acordos políticos e pressão popular, o texto constitucional relativo à saúde atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica.

“A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e da universalização do atendimento; da redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde; da descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e da execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do SUDS em 1987 e depois, em 1988, SUS, passo mais avançado na reformulação administrativa no setor”. (BRAVO, 2006:12).

O texto final da Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito universal e definiu que é dever do Estado garantir o acesso aos serviços de saúde, área que passa a integrar o “tripé” da Seguridade Social, juntamente com as ações destinadas aos campos da previdência e da assistência. Dessa forma, o Art. 194 estabelece como competência do poder público a organização da Seguridade Social baseando-se, dentre outros objetivos, nos princípios postulados pela Reforma Sanitária, quais sejam: universalidade da cobertura e do atendimento; equidade; caráter democrático e descentralizado da administração.

No que concerne particularmente à saúde, o Art. 196 define que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS é definido pelo Art. 198 do seguinte modo:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade;

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Essas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema com o objetivo de torná-lo mais adequado às necessidades da população brasileira. São elas também que caracterizam o SUS como um sistema único, já que as mesmas devem prevalecer sobre toda e qualquer alternativa de reorganização dos serviços de saúde.

O SUS é um sistema público, ou seja, destinado a toda população e 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. Fazem parte deste sistema os centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários (que também fazem parte do Ministério da Educação), laboratórios, hemocentros e também fundações e institutos de pesquisa.

No SUS, o setor privado participa de forma complementar, através de contratos e convênios de prestação de serviços ao Estado. Isso porque nem sempre as unidades públicas de assistência à saúde são suficientes para garantir o atendimento a toda população de uma determinada região.

Os principais princípios doutrinários do SUS são:

- A universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, em que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- A igualdade da assistência à saúde, ou seja, é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- A equidade na distribuição de recursos, em que a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
- A resolutividade dos serviços;

- A integralidade da assistência, ou seja, significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades.
- A descentralização política administrativa, consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o Município gestor administrativo e financeiro do SUS;
- A participação popular, ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidados na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos e Conferências de Saúde;

A descentralização é uma forma de organização que dá aos Municípios o poder de administrar os serviços de saúde locais. Isto faz com que o sistema de saúde se torne mais eficiente porque fica mais fácil resolver os problemas de saúde da população quando as soluções podem ser tomadas no próprio local onde o problema é identificado.

Os Estados, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, no processo de descentralização, coordenam a prestação dos serviços de saúde na sua área de abrangência e prestam cooperação técnica aos Municípios para o bom desempenho destes serviços. A direção nacional do SUS, representada pelo Ministério da Saúde, coordena e estabelece normas para o sistema em nível nacional e também presta assessoria técnica aos Estados e Municípios.

A descentralização possui como pressupostos a regionalização e a hierarquização. Estas são formas de organizar o sistema buscando torná-lo mais eficaz, tanto com relação ao atendimento quanto à aplicação dos recursos. Através destas formas de organização evita-se, por exemplo, que o sistema de saúde ofereça serviços que não são necessários e deixe de oferecer outros que possam efetivamente resolver os problemas da população de uma determinada região.

Entende-se por regionalização a distribuição dos serviços numa determinada localidade, levando-se em conta os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender à população. Um dos objetivos desta forma de organização é evitar a duplicidade de ações, ou seja, duas ou mais unidades de saúde realizando o mesmo tipo de serviço, quando uma só unidade poderia dar conta do atendimento. Quando há duplicidade, outras ações podem deixar de ser realizadas.

Entende-se por hierarquização a divisão dos serviços em atenção primária (prevenção); secundária (assistência médica), terciária e quaternária (assistência

hospitalar): os chamados níveis de complexidade do sistema. A atenção primária seria a porta de entrada do sistema, indo “naturalmente” do mais simples para o mais complexo. A hierarquização é um importante componente da regionalização, estabelecendo com ela uma relação de dependência tal que não podemos considerar uma sem, necessariamente, considerar a outra.

A regionalização e a hierarquização são elementos importantes para o planejamento das ações e serviços de saúde. Conhecendo as necessidades de saúde da população e a oferta de serviços numa determinada região, é possível regionalizá-lo e hierarquizá-lo de forma a tornar mais eficiente a rede de serviços de uma região. Este processo facilita o acesso da população a todos os tipos de serviços oferecidos pelo sistema de saúde, uma vez que os serviços não oferecidos numa localidade podem estar sendo oferecidos numa outra próxima e de referência daquela região.

Com relação ao atendimento integral, este é uma forma de assistência que privilegia a saúde, e não a doença. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo ao indivíduo como ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho que o leva a adoecer e morrer. O indivíduo não deve ser visto como um amontoado de partes (coração, fígado, pulmão, etc.), mas como um ser que está submetido aos determinantes sociais.

Todas as pessoas, sem discriminação de qualquer natureza, possuem direito a um atendimento que não só dê conta de tratar a sua doença, mas, principalmente, ofereça serviços de prevenção e promoção da saúde. Assim, ganham relevância ações e programas de atenção básica à saúde, bem como faz-se necessária a articulação do setor saúde com as demais áreas sociais que tem a ver com a melhoria da qualidade de vida. Além disso, o atendimento integral significa também que será garantido o acesso das pessoas a todos os níveis de complexidade do sistema, desde a atenção primária, no caso das ações preventivas, até os níveis secundário, terciário e quaternário de atendimento, necessários na assistência curativa.

No modelo anterior ao SUS, as ações preventivas ficavam a cargo do Ministério da Saúde, as chamadas ações de saúde, como por exemplo, as campanhas de vacinação e o combate e controle de endemias. A assistência curativa individual ficava sob responsabilidade do Ministério da Previdência Social, do antigo INAMPS. O SUS acaba com esta separação e garante a cobertura da

assistência preventiva e curativa tendo por base os princípios da igualdade e universalidade do atendimento à saúde.

No que tange a participação da comunidade, esta é uma forma de controle social que possibilita a população, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas de saúde.

A Lei Orgânica da Saúde estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão do SUS: as Conferências e Conselhos de Saúde. As Conferências são fóruns amplos, onde se reúnem representantes da sociedade (usuários do SUS), profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, parlamentares e outros, para *“avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”* (Art. 1º, § 1º, Lei 8.142/90). Em nível nacional, as Conferências devem ser realizadas de 4 em 4 anos, e nos níveis estaduais e municipais, de 2 em 2 anos. São convocados pelo poder executivo e, extraordinariamente pelos Conselhos de Saúde nos respectivos níveis.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativos, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que têm por objetivo formular estratégias e controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive em seus aspectos financeiros.

A participação na perspectiva do controle social possibilita a população interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. Cabe ressaltar que o controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais, e sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde, mas em todas as políticas sociais.

Com a participação da comunidade na gestão do SUS estabelece-se uma nova relação entre Estado e Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terão que ser negociadas com representantes da sociedade, uma vez que eles são aqueles que melhor conhecem a realidade da saúde nas comunidades, por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia. Embora esteja prevista na Lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos e, por isso, muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos.

No próximo capítulo veremos como se deu a implantação do SUS frente a uma conjuntura desfavorável para a sua efetiva consolidação, visto que a partir da década de 90 há um redirecionamento do papel do Estado sob influência do neoliberalismo, com a implementação da Reforma do Estado no governo FHC, acarretando numa tensão e disputa entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Privatista, e a continuação do mesmo modelo no governo Lula.

CAPÍTULO II – O IMPACTO DA REFORMA DO ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Este capítulo aborda o período após a promulgação da Constituição Federal de 1988, com os governos Collor e Itamar Franco, a consolidação do projeto neoliberal e a implementação da Reforma do Estado no governo FHC, com a proposta de Reforma do SUS e sua continuidade no governo Lula, afetando significativamente a área da saúde, que, na atual conjuntura, possui dois projetos em tensão: o da Reforma Sanitária e o Privatista.

2.1 A (não) implantação do SUS nos governos Collor e Itamar Franco

A conjuntura de 1989 é marcada pela primeira eleição direta no Brasil para a presidência da República, após 20 anos de Ditadura Militar, e a realização do Consenso de Washington nos Estados Unidos – reunião entre membros dos organismos de financiamento internacional (Banco Mundial, Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) e Fundo Monetário Internacional (FMI) – com a finalidade de “recomendar” medidas aos países latino-americanos destinadas a acelerar seu desenvolvimento econômico. Essas recomendações¹⁴ incluíam dez regras básicas: disciplina fiscal; redução dos gastos públicos; reforma tributária; liberalização de mercado; taxa de câmbio competitiva; abertura comercial; investimento estrangeiro direto; privatização das estatais; desregulamentação (afrouxamento das leis econômicas e trabalhistas) e direito à propriedade.

O então presidente eleito, Fernando Collor de Mello, assume em 1990, desencadeando o processo de redirecionamento do Estado, sob influência da política de ajuste neoliberal pautada no corte dos gastos públicos, na privatização, na abertura comercial e na descentralização.

A política de saúde está inscrita nesse contexto, cujas condições objetivas têm constituído impasses e desafios aos profissionais e usuários dos programas e serviços de saúde. As características do projeto neoliberal com relação à saúde (focalização; descentralização e privatização dos serviços de saúde) possuem fundamentos contraditórios com relação ao proposto na Constituição Federal de 1988.

¹⁴ Dados retirados do site Wikipedia (http://pt.wikipedia.org/wiki/Consenso_de_Washington).

A idéia de Seguridade Social começa a ser desconstruída quando a legislação que regulamentou a mesma na década de 90 separou as três políticas, com leis e fundos específicos para a saúde, previdência e assistência.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90) institui o SUS, definindo as atribuições de cada nível de governo, além daquilo que se refere à gestão e às competências de cada esfera de governo. Todavia, em 28/12/1990 foi aprovada a Lei nº. 8.142/90, resultado da articulação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde, com o objetivo de complementar a Lei nº. 8.080/90, estabelecendo as formas de participação comunitária e as condições e formas de transferências de recursos entre as esferas de governo. Sendo assim, esta Lei garantiu o exercício do controle social e a transparência do financiamento.

Ainda que a Lei nº. 8.142/90 tenha significado uma importante vitória na Plenária Nacional sobre os vetos governamentais a artigos da Lei nº. 8.080/90, isto não significou um recuo das medidas governamentais, visto que diversas¹⁵ foram tomadas pelo Estado no intuito de inviabilizar o processo de descentralização, além de cortes no orçamento destinado à saúde.

A partir de 1991, o Ministério da Saúde passa a elaborar Normas Operacionais Básicas (NOB), definindo estratégias e movimentos táticos, a fim de orientar a operacionalidade do SUS, ainda que nem sempre essas normas obedeçam a seus princípios e diretrizes.

Nesse mesmo ano foi elaborada a Norma Operacional Básica - NOB 01/91, que define os critérios para o repasse de recursos do Ministério da Saúde para os Estados e Municípios, bem como para as instituições públicas e privadas, de maneira que a exigência para o recebimento de verba passou a ser a produtividade mediante a apresentação de faturas contendo os quantitativos de atos executados mensalmente pelas unidades de saúde. (Resolução PR/INAMPS Nº 258 de 07/01/91). Isso significou a retomada da centralidade do financiamento nas mãos da

¹⁵ Neste período o governo Collor tentou manter o modelo convencional utilizando as tabelas de procedimentos do INAMPS para as transferências obrigatórias de recursos da União para Estados e Municípios, quando a lei determina repasse direto e automático (art. 3º da Lei n. 8.142/90 e art. 4º da Lei n. 8.689/93), e protelou e relutou contra a extinção do INAMPS, que ocorreu somente em 1993, cinco anos após a Constituição de 1988 ter criado o SUS e após intensa manifestação da sociedade. (Dados retirados do site: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6897>)

União, o que provocou a desarticulação da função técnica e política dos Estados e Municípios na gestão descentralizada.

Ainda que o governo Collor tenha sido relativamente breve, devido ao processo de impeachment de seu mandato, as medidas referentes às políticas públicas nesse período caracterizaram, claramente, um processo de desresponsabilização do Estado, havendo redução de verbas para os setores sociais, inclusa a saúde. *“Nesse período, não houve uma apresentação sobre o projeto de política de saúde do governo federal, ocorrendo, no entanto, um boicote sistemático e contundente à implantação do SUS.”* (BRAVO E MATOS, 2001:201).

As reformas ditadas pelo Consenso de Washington seguiram de maneira acentuada no governo Itamar Franco (1992-1995). A política de saúde na era Itamar compreendeu-se em dois momentos distintos. Bravo e Matos (2001) apontam que a gestão de Jamil Haddad (08/10/92 a 19/08/93) significou um freio ao sucateamento do setor saúde, apresentando proposições de fortalecimento do SUS. Já a gestão de Henrique Santillo (30/08/93 a 01/01/95) é marcada pela ausência de iniciativas operacionais no avanço do SUS, mas também, por outro lado, não apresenta propostas contrárias.

Um ponto a ser destacado nesse período foi a extinção do INAMPS em 27 de julho de 1993, que reforçou consideravelmente as ações de saúde em nível municipal e estadual, descentralizando a gerência e a execução dos programas. Destaca-se, também no período, a promulgação da Norma Operacional Básica - NOB 01/93 que, aparentando incentivar a autonomia dos Municípios, define as bases para o processo de descentralização ao estabelecer mecanismos de financiamento, controle e avaliação a partir da capacidade de cada Município, determinando três estágios de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Isto dificulta ainda mais o repasse de verbas para os Municípios, prejudicando, principalmente, aqueles menores, cuja população fica dependente dos serviços oferecidos nos Municípios maiores.

Apesar de alguns avanços na saúde, datados sobretudo no início do governo Itamar, nada efetivamente mudou na qualidade de vida da população. Além do êxito do Plano Real, que significava concretamente a efetivação do projeto neoliberal no país, cabe ressaltar as dificuldades já inerentes a serem enfrentadas, pois os desmontes realizados pelo governo Collor constituíram terreno fértil para a entrada da proposta neoliberal.

Fernando Henrique Cardoso (FHC), Ministro da Fazenda no governo Itamar Franco durante os anos de 1993 e 1994, ficou responsável por dirigir e implementar o Plano Real, fato que contribuiu para sua vitória na eleição de 1994 para a presidência da República, ainda no primeiro turno.

2.2 A implementação da Reforma do Estado no governo FHC e suas implicações na área da saúde.

A campanha eleitoral de FHC foi centrada em cinco temas básicos expressos no “Programa Mãos à Obra”: agricultura; saúde; educação; emprego e segurança.

A partir do primeiro mandato de seu governo, assiste-se a

“inviabilização da alternativa constitucional da construção de um Estado com amplas responsabilidades sociais, garantidor de direitos sociais universalizados, foi conduzida por FHC simultaneamente à implementação do projeto político do grande capital (...) tratava-se de implementar uma orientação política macroscópica que, sem ferir grosseiramente os aspectos formais da democracia representativa, assegurasse ao executivo federal a margem de ação necessária para promover uma integração mais vigorosa ao sistema econômico mundializado – integração conforme às exigências do grande capital e, portanto, sumamente subalterna”.(NETTO, 1999:79)

Sob o argumento de que o Estado passava por uma “crise fiscal”, entendida como uma crise do modo de intervenção da forma burocrática pela qual o Estado vinha sendo administrado, FHC, em 23/08/1995, enviou ao Congresso Nacional seu “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado” (PDRAE). Focando sobre a perspectiva mais ampla da reforma do Estado, o PDRAE determina que tal reforma deve ser entendida e conformada a partir do contexto da “redefinição” do seu papel. Redefinir o papel do Estado seria, segundo a lógica governamental, fazer com que ele deixasse de ser *“o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento”*. Em termos mais claros, para o PDRAE, *“reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado”*. (1995:12)

Dessa forma, o discurso de FHC sustentava-se nas bases teóricas da literatura comprometida com o capital, contendo idéias que têm como fundamento a ampliação do lucro e da exploração, visto que toda atuação daquele presidente voltava-se para o cumprimento da agenda formulada no Consenso de Washington.

Faz-se necessário esclarecer que a crise a qual FHC e sua equipe designaram como sendo fruto da total incapacidade e incompetência gerencial do Estado trata-se, na verdade, de mais uma das crises cíclicas inerentes ao modo de produção capitalista. Sendo assim, o Estado capitalista sempre enfrentará crises, pois as contradições provocadas pela forma como são estabelecidas às relações sociais de produção nesse sistema, baseada na exploração da força de trabalho, tendem a crescer com o desenvolvimento das forças produtivas. Tais contradições geram crises que são aprofundadas ou ampliadas de acordo com a luta de classes e as reais condições de desenvolvimento do capitalismo nacional e internacional.

A necessidade de reforma do aparelho estatal defendida por FHC surge na medida em que ele se torna um empecilho à maximização do lucro e um obstáculo para os capitalistas. Para que isto deixasse de acontecer tornava-se necessário, segundo uma perspectiva neoliberal e de acordo com a visão de capital, um Estado que cumprisse apenas sua função fundamental em uma sociedade de classes: a de garantir a reprodução e manutenção da exploração da força de trabalho, e o poder político nas mãos da burguesia, enquanto classe dominante.

“O objetivo da reforma do Estado, segundo seus ideólogos, é a condução a um Estado fortalecido, com finanças recuperadas e uma administração gerencial e eficiente, com vistas a superar a chamada administração pública burocrática, tendo como componentes básicos: a delimitação das funções do Estado; a redução do grau de interferência do Estado; o aumento da governança e da governabilidade¹⁶.” (BRAVO E MATOS, 2001:206).

Seguindo as orientações dos organismos de financiamento internacional, guiadas pelo governo norte-americano com apoio das elites brasileiras, o então presidente abriu a economia do país à especulação financeira e comercial, permitindo a livre entrada e saída de capitais internacionais, além da total abertura de importações.

¹⁶ “Governança e governabilidade, neologismo de palavras inglesas, significam, respectivamente, a capacidade política de governar, capacidade esta que deriva da relação de legitimidade do Estado e do seu governo com a sociedade; e a capacidade financeira e administrativa do Estado na implantação de suas políticas”. (BREISSER PEREIRA apud BRAVO E MATOS, 2001:206).

Diante dessa clara opção neoliberal de governo, a área social sofreu drásticos cortes em seu orçamento, conforme pode ser constatado nas tabelas¹⁷ que se seguem:

Tabela 1: Percentual da despesa social em relação ao orçamento líquido total

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
SAÚDE E SANEAMENTO	4,8%	4,5%	4,3%	3%	4%	3,3%	3,9%
EDUCAÇÃO E CULTURA	3%	2,8%	2,5%	2,7%	3,4%	1,8%	2%
HABITAÇÃO E URBANISMO	0,03%	0,1%	0,1%	0,02%	0,07%	0,14%	0,14%
ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA	17,15%	19,2%	17%	14,1%	18,8%	16%	18,7%

Fonte: SIAFI/STN/COFF-CD e PRODASEN.

Tabela 2: Conjunto da despesa social em relação ao orçamento liquidado total

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
SOCIAL	25%	26,6%	23,9%	20%	26,4%	21,2%	24,8%

Fonte: SIAFI/STN/COFF-CD e PRODASEN.

Lesbaupin e Mineiro esclarecem que:

“Depois de privatizar a maior parte do patrimônio nacional, depois de aumentar a arrecadação tributaria a cada ano, este aumento da receita em nada beneficiou o social. Ao contrário, a cada ajuste econômico, o primeiro setor a ser atingido foi o social. Entre 1995 e 2001, como relatam os dados, o investimento em saúde cai de 4,8% para 3,9%, e educação desce de 3% para 2%, a parte relativa à habitação permanece durante todo o mandato abaixo de 0,2% e o setor de assistência e previdência oscila de 17,5% para 14,1% até chegar em 2001 com 18,7% - sendo que a maior parte deste orçamento é a parte da previdência (a parte da assistência social caiu fortemente). No conjunto, num período em que a população cresceu e o desemprego explodiu, o investimento na área social foi reduzido.” (2002:39-40).

A saúde, uma das políticas sociais mais importantes, foi a mais afetada pela política neoliberal de FHC. O primeiro ministro da saúde do governo, na época Adib Jatene, constatando a ausência de recursos suficientes para a sua pasta, propôs a

¹⁷ As tabelas 1 e 2 foram reproduzidas de Lesbaupin e Mineiro, 2002:39, elaborados pelos autores com base no orçamento liquidado total e na despesa social relativa ao período de 1995 a 2001 – dados levantados pelo INESC.

criação de um imposto cujo destino seria única e exclusivamente a saúde – a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), sem qualquer esclarecimento para a população e, principalmente, sem discussão com esta sobre a criação desse novo imposto.

“Num primeiro momento, a CPMF sofreu o desprezo da área econômica do governo, inclusive do presidente, travando uma cruzada absolutamente solitária junto ao Congresso. Quando finalmente, depois de um ano, o governo se dispôs a ajudar o ministro, introduziu uma modificação que mudava substancialmente a proposta: os recursos provenientes da CPMF não seriam limitados à saúde. Este encaminhamento acabou provocando a demissão do ministro.” (LESBAUPIN E MINEIRO, 2002:42).

Atualmente, os recursos da CPMF são destinados em boa parte ao pagamento dos juros da dívida “eterna” do país. Analisando os recursos autorizados para a saúde (em bilhões de reais) no período de 1995 a 1998 (Netto, 1999:83), observa-se que houve uma redução entre 1995 e 1996 (6,9%) e uma elevação em 1997 (15,6% em relação ao ano anterior), com nova redução em 1998 (11%). Cabe ressaltar que a elevação de 1997 coincide com a vigência da CPMF.

Tabela 3: Recursos da CPMF autorizados para a saúde no período de 1995 a 1998.

	1995	1996	1997	1998
SAÚDE	19.962	18.583	21.489	19.101

“Entretanto, os recursos gerados pela CPMF foram desviados de sua destinação pelo governo FHC: dos 5 bilhões de reais gerados pela CPMF em 1997, somente 2,9 bilhões foram alocados ao Ministério da Saúde; quanto ao exercício em 1998, supõe-se que o desvio chegue a 3,9 bilhões de reais”. (NETTO, 1999:83)

Responsabilizando a “crise mundial” pelos problemas econômico-sociais que atingem a população brasileira, FHC deu continuidade a sua política entreguista aos preceitos neoliberais durante todo o segundo mandato, agravando as más condições de vida da população através de um processo crescente de desresponsabilização social por parte do Estado, delegando, arbitrariamente, as ações sociais à filantropia, voluntariado ou, como ele mesmo propôs, às organizações sociais, desrespeitando dessa maneira, os direitos sociais historicamente conquistados e garantidos na Constituição Federal de 1988.

2.2.1 Reforma Sanitária e concepção democrática X Projeto Privatista e concepção neoliberal no governo FHC.

Na década de 90 passa a ocorrer no Brasil um embate entre duas concepções acerca do Estado: a concepção neoliberal e a concepção que defende a existência de um Estado democrático forte. Concomitantemente, assiste-se a tensão entre dois projetos para a saúde: o da Reforma Sanitária – construído na década de 80 e inscrito na Constituição Federal de 1988, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde; e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, pautado na política de ajuste neoliberal.

Quadro 1: Comparação entre os projetos da Reforma Sanitária e Privatista

PROJETOS EM DISPUTA		
ITENS	REFORMA SANITÁRIA	PRIVATISTA
BASE	Estado Democrático de Direito	Estado Mínimo
PREMISSAS	Saúde: direito social e dever do Estado	Parcerias e Privatizações
TEMAS	Ampliação das conquistas sociais; Democratização do acesso; Déficit social; Financiamento efetivo.	Crise Financeira; Dicotomia entre universalização e focalização; Diminuição dos gastos sociais; Déficit público.
ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	Descentralização com controle social	Refilantropização

Fonte: Reproduzido de BRAVO, M.I.S. In: “A saúde no Brasil na década de 90 – Projetos em disputa”.

De um lado temos as conquistas obtidas com a Reforma Sanitária, quais sejam: a politização da saúde, a alteração da norma constitucional, o processo de descentralização e a criação dos conselhos e conferências de Saúde exigindo democratização das informações e transparência do uso de recursos e demais ações desenvolvidas pelos governos; de outro, temos o projeto de saúde privatista

de *“contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização.”* (BRAVO E MATOS, 2001:200). A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

A proposta governamental de FHC para o setor saúde segue as mesmas recomendações feitas pelos órgãos financeiros internacionais, ou seja, a lógica da mercantilização da atenção à saúde, de maneira que as mudanças econômicas, ideológicas e políticas definidas pelos especialistas do Banco Mundial se direcionam para a diminuição do papel do Estado e o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado à saúde, priorizando o controle de doenças e a implantação de programas de saúde baseados em critérios de custo-efetividade e advoga a ação do Estado na provisão de um pacote básico de serviços clínicos e de saúde pública.

Uma estratégia central do Plano Diretor da Reforma do Estado do governo FHC que afeta diretamente a prestação dos serviços públicos de saúde foi a implantação das Organizações Sociais (OS), definidas pelo antigo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) como um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica, ou seja, uma forma de propriedade pública não-estatal constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. (Brasília: 1995:60).

Soares (2005) aponta que se trata de um modelo de parceria entre Estado e a sociedade, onde o Estado continuaria a fomentar as atividades publicizadas e exerceria sobre elas um controle estratégico, demandando resultados necessários para atingir os objetivos das políticas públicas. Tal projeto almejava permitir a publicização de atividades no setor de prestação de serviços considerados não-exclusivos, correspondendo aos setores onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações privadas, tais como: educação, saúde, cultura e proteção ambiental.

O instrumento regulador das ações das OS seria o contrato de gestão, contudo, tais organizações estariam fora da esfera da administração pública. Qualificada como tal, a entidade estaria habilitada a receber recursos financeiros e administrar bens e equipamentos estatais. Enquanto entidades de direito privado,

tais organizações tenderiam a assimilar características de gestão cada vez mais próxima das praticadas pelo setor privado. O que era entendido como vantajoso pelo então governo, pois: a contratação de pessoal ocorreria nas condições de mercado; haveria a possibilidade da adoção de normas próprias para compras e contratos, além de ampla flexibilidade na execução do seu orçamento.

Além de objetivar transformar hospitais universitários e unidades públicas de saúde em organizações sociais, o governo também começou a introduzir nas instituições públicas de saúde serviços “cooperativados”. A este respeito, Vasconcelos (2002:92) esclarece que:

“As organizações sociais e/ou as cooperativas retiram a saúde (...) do campo dos direitos sociais para colocá-la no setor de serviços não exclusivos do Estado, definidos pelo mercado (...). O objetivo da cooperativa visa gerar lucro e a organização social não – não é a realização de interesses privados competindo em termos de eficiência/ganho com outras organizações com o mesmo propósito. Ficam ausentes a direção e o pensamento sobre a saúde como um bem social; ficam ausentes o interesse de compatibilizar o modelo de assistência à perspectiva da saúde coletiva e a relação de poder que a saúde tem na economia política (...)”.

Outra proposta de gestão seriam as chamadas Agências Autônomas, que, segundo Soares (2005:68) *“operariam de forma vertical, transformando Autarquias e Fundações nessas Agências, com o propósito de modernizar a gestão, estabelecendo uma seleção prévia e a criação de laboratórios de experimentação”.*

Os pressupostos apresentados para a Reforma Administrativa do Sistema Único de Saúde (1998:23) foram os seguintes:

- *A oferta de leitos hospitalares privados é maior do que a demanda;*
- *Esta oferta é hoje constituída principalmente de hospitais particulares e filantrópicos e minoritariamente de hospitais estatais;*
- *O controle municipal desses fornecedores de serviços de saúde é muito mais efetivo do que o controle federal.*

O novo sistema proposto teria como idéias-força:

- *Tetos de gastos em saúde (AIHs);*
- *Maior responsabilização dos prefeitos e governadores pela saúde¹⁸;*

¹⁸ Essa maior responsabilização local não pressupõe a autonomia financeira dos Estados e Municípios.

- *Prioridade para a medicina sanitária e preventiva¹⁹;*
- *Municipalização do controle dos hospitais;*
- *Prioridade na capacitação das prefeituras para desenvolver seus sistemas básicos de atendimento básico;*
- *Entrega do Cartão Municipal de Saúde para cada cidadão²⁰.*

No que tange a assistência ambulatorial e hospitalar, afirmada no documento como uma das partes fundamentais e mais caras do SUS, são propostas três ações (1998:14):

- *Uma descentralização mais rápida e decisiva, com maior definição das atribuições e do poder de decisão das três esferas de governo, mantendo-se os estágios atuais: “centralizado”, “descentralização incipiente”, “descentralização parcial” e “descentralização semiplena”.*
- *A montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, composto por dois subsistemas. O primeiro denominado subsistema de entrada e controle, em que a porta de entrada seriam os postos de saúde e o Programa Saúde da Família, responsáveis pela integralidade das ações, encaminhamentos para atendimento de casos de maior complexidade e de especialização para a rede ambulatorial e hospitalar, através da Autorização de Internação Hospitalar, que passaria a ser distribuída pelo número de habitantes e não mais por número de leitos. O segundo, intitulado subsistema de referência ambulatorial e especializada, seria formado pelas unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial e por hospitais credenciados (estatais - futuramente OS, públicos não-estatais e privados). As unidades de emergência seriam as únicas a terem atendimento direto; em seguida o usuário deverá ser encaminhado ao distrito sanitário de sua área.*

¹⁹ O que não se deu durante os dois mandatos de FHC, basta lembrarmos da epidemia de dengue no Rio de Janeiro. Os programas e campanhas focalizados (vacinação de idosos contra gripe, convocação de mulheres de meia idade para a realização de exames preventivos, campanha contra hipertensão, etc.) não respondem de maneira efetiva às necessidades reais da população, mesmo porque não são acompanhados de uma reestruturação da política econômica que visa distribuir a riqueza socialmente produzida, fator primordial para a melhoria das condições de vida das classes subalternas.

²⁰ Apenas a informatização do SUS e a entrega de um cartão magnético aos cidadãos não garante o atendimento dos mesmos nas unidades de saúde.

- *Montagem de um sistema de informações em saúde, gerenciado pelo SUS, através do DATASUS, que controlará despesas, avaliará qualidade, irá gerar indicadores para a vigilância epidemiológica e medir resultados obtidos. Pretende-se que esses dados fiquem disponíveis em rede, possibilitando, assim, o controle da execução dos recursos.*

Bravo e Matos (2001:209) colocam algumas questões sobre essas ações, tais como:

- “1. O atendimento básico continua sob a responsabilidade do Estado. E não por acaso, já que este não dá lucro.*
- 2. O credenciamento dos hospitais se dará através da concorrência. E os hospitais públicos que possuem servidores públicos e que não foram selecionados para o credenciamento, fecharão?*
- 3. Se os atuais serviços de saúde forem realmente transformados em OS, como ficará a autonomia do Estado na prestação de políticas sociais?”*

Aspectos importantes da Reforma do Estado para o setor saúde são encontrados em diversas normatizações, tais como: a Norma Operacional Básica (NOB 01/06), a regulamentação dos planos e seguros de saúde e dos preços dos medicamentos, incluindo aí o estabelecimento dos genéricos.

No ano de 1996, o Ministério da Saúde instituiu a NOB 01/96 que surge, primordialmente, para condicionar o repasse de verbas, sobretudo aos municípios, ao incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de maneira que, somente se aderissem a estes programas desenvolvidos pelo Governo Federal receberiam um acréscimo percentual ao montante do Piso Assistencial Básico – um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica de responsabilidade tipicamente municipal; piso este que também foi instituído a partir dessa NOB. Ao enfatizar esses programas, verifica-se uma clara orientação focal, priorizando a atenção básica desarticulada da atenção secundária, terciária e quaternária. Por seu acesso ser focalizado, a população alvo também é focalizada, principalmente na mais carente, ferindo os princípios de universalidade e integralidade. Percebe-se, também, nessa proposição, a divisão do SUS em dois: o hospitalar (de referência) e o básico, através dos programas focais.

De acordo com Scheffer e Bahia (2005), no que tange a regulamentação dos planos e seguros de saúde privados, dois movimentos interferiram sobremaneira no

avanço do processo de regulação. O primeiro relaciona-se com a entrada de duas grandes seguradoras estrangeiras que passaram a disputar os usuários com empresas constituídas a partir de grupos médicos, acusando as regras auto-reguladoras em curso lesivas à livre concorrência. A participação das seguradoras no negócio da saúde precisava estar atrelada à adoção de regras de competição e à entrada do capital estrangeiro, mas não havia amparo jurídico-legal suficiente.

O segundo momento foi uma convergência das demandas e necessidades levantadas por consumidores, na época através dos órgãos de defesa do consumidor (Procons, Tribunais e meios de comunicação), que reclamavam de práticas como a limitação de dias de internação, carências maiores do que a vigência de contratos, alegações de doença preexistente ou crônica para exclusão de cobertura; aumento abusivo nos preços das mensalidades, negação de atendimento por falta de pagamento, dentre outros abusos; por entidades médicas, que acusavam exclusões de coberturas, interferência na autonomia profissional e baixa remuneração das consultas, exames e procedimentos; e por secretarias de saúde.

Somou-se o interesse pela regulação vindo de entidades de defesa de usuários portadores de patologias e deficiências tradicionalmente excluídas da cobertura dos planos, e, ainda, os conselhos e entidades representativas de profissionais da saúde não médicos, interessados em uma regulamentação que ampliasse as coberturas para além da assistência médica.

Diante da coalizão de interesses em torno da necessidade de regulamentação, em 03 de Junho de 1998, foi sancionada a Lei 9.656 pelo presidente Fernando Henrique Cardoso. No dia seguinte, foi editada a Medida Provisória 1.665, publicada em 05 de Junho de 1998, passando por diversas alterações a cada reedição.

A ANS foi criada por meio da Medida Provisória 1.928, de 25/11/1999, convertida na Lei 9.961/00, outorgando-lhe a tarefa de fiscalizar, regulamentar e controlar os planos de saúde. É uma autarquia especial que tem como características a autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandatos fixos de seus diretores.

“Art. 1º. É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério

da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”.

Para a legislação dos planos de saúde em vigor, as relações entre os recursos públicos envolvidos com planos de saúde estão articuladas primordialmente ao ressarcimento ao SUS, ou seja, toda vez que um usuário de plano é atendido em hospital público, porém, essas relações estendem-se ao atendimento, pelo SUS, da cobertura excluída pela saúde suplementar; à compra de planos privados para funcionários públicos; à renúncia fiscal; às isenções tributárias de filantrópicas e cooperativas; ao cotidiano e às práticas dos profissionais de saúde duplamente filiados; à defesa dos interesses de médicos-empresários e fornecedores de insumos; à incorporação irracional de tecnologias. No que tange ao ressarcimento ao SUS, este tornou-se inviável na prática, pois a ANS mostrou-se incompetente para fazer valer a regulamentação que defende, as operadoras passaram a argumentar judicialmente a inconstitucionalidade do dispositivo e alguns gestores públicos mostraram-se céticos a respeito de sua efetividade, deixando de processar a cobrança.

A legislação prevê que o ressarcimento seja cobrado com base na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), com valores, em média, uma vez e meia superiores à Tabela SUS. O atual modelo de ressarcimento é restrito aos casos de internação e atendimentos de urgência e emergência dos beneficiários dos planos de saúde na rede pública e conveniada. Entretanto, muitos atendimentos não são contabilizados pelo sistema, como os ambulatoriais e as internações eletivas, havendo, dessa maneira, um consentimento para o uso dos recursos públicos da saúde pelos planos privados de saúde.

Outra distorção na relação público-privado que está presente na área da saúde é a “fila-dupla” do SUS, especialmente nos hospitais universitários. A principal justificativa dos gestores para a manutenção do atendimento diferenciado é a geração de recursos alternativos em meio à crise de financiamento, que supostamente seriam reaplicados no hospital em benefício também dos pacientes do SUS. Todavia, verifica-se que os usuários dos planos recebem atenção diferenciada, “furam” a longa fila de espera do SUS de marcação de exames e

consultas, passam na frente nas cirurgias e demais procedimentos, além de serem atendidos e até internados em melhores acomodações.

É impossível quantificar minuciosamente os recursos despendidos pelo SUS para atender tudo o que não é coberto pelos planos de saúde, mas podemos inferir que os planos de saúde são, em certa parte, sustentados pelo dinheiro público, e não apenas pelas mensalidades dos usuários ou pelas empresas que oferecem o benefício a seus empregados.

A política pública de saúde, bem como as demais políticas sociais, sofrem com a falta de investimento e o descaso por parte das autoridades públicas. Além disso, outras questões têm comprometido a possibilidade de avanço do SUS, destacando-se: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não-unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais, e o afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e prevenção da saúde.

Existem, ainda, outros inúmeros problemas que não só a proposta de reforma da saúde, como toda a Reforma do Estado traz para o SUS. Rezende (1996:6-7) cita alguns deles:

- *Transferência de “poupança pública” ao setor privado produtivo;*
- *Repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos a empresas de direito privado;*
- *Desregulamentação do sistema público de compra de bens e serviços (Lei 8.666/Lei das Licitações);*
- *Os servidores públicos continuarão vinculados aos seus órgãos de origem, mas integrarão a um “quadro em extinção”;*
- *Fim do Regime Jurídico Único (praticamente não haverá mais servidores públicos nos serviços sociais competitivos). O regime de contrato de trabalho será o da C.L. T;*
- *Fim do concurso público como forma democrática de acesso aos cargos públicos;*
- *Desprofissionalização dos serviços e dos servidores públicos;*
- *Flexibilização do contrato de trabalho, das conquistas trabalhistas, inclusive da organização sindical.*
- *Fim da Gestão Única do SUS;*

- *Recentralização da gestão do SUS no Ministério da Saúde e no MARE.*
- *Fim da universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde.*
- *Fica comprometido o Sistema de referência e contra-referência, na medida em que cada serviço privatizado tem em si a característica de autonomia em relação ao sistema de saúde.*
- *Desregulamentação da Lei 8.142, pois reedita os Conselhos Curadores ou de Administração compostos por "pessoas de reconhecida idoneidade moral e notória capacidade profissional" das tradicionais autarquias e fundações.*

Tanto a Reforma do Estado quanto a Reforma do Sistema de Saúde terminam por fragmentar, cada vez mais, todas *“as esferas da vida social – a produção, o trabalho, as classes, o espaço, o tempo, os princípios e valores que referenciam a identidade e a luta de classes e de concentrar nas mãos do mercado tudo que ofereça possibilidade de gerar lucro e concentrar riqueza”*. (VASCONCELOS: 2002:91).

A inviabilização do SUS consubstancia um desmonte não só da política pública de saúde, como também os direitos sociais conquistados e de uma proposta que, para além da área da saúde, inova ao reivindicar a construção de um novo projeto societário, que incorpore efetivamente os cidadãos.

Ao transferir para a sociedade civil a responsabilidade por responder às demandas sociais, através de redes filantrópicas, voluntariado, ONGs, OS, utilizando-se de verbas públicas, o governo exime-se do seu papel de único ente capaz de universalizar políticas. O resultado disto é a *“refilantropização da questão social”* (YASBECK, 1995), de modo que passamos a *“avançar em direção ao passado”* (LAURELL, 2002).

A saúde é um bem que deve ser fortalecido enquanto direito social e dever do Estado, porém, para que este direito seja concretizado em sua plenitude, é preciso que a política pública de saúde esteja articulada com as demais políticas sociais. Mais do que isso, é imprescindível analisar a política social remetendo-se a questão do desenvolvimento econômico, pois

“constituindo uma unidade, tanto a política econômica quanto a política social podem expressar mudanças nas relações entre as classes sociais ou nas relações entre distintos grupos sociais existentes no interior de uma só classe. Através destas políticas, é possível evindenciar-se a ação do Estado no sentido de incentivar e ampliar o capitalismo em determinado país. Formando um todo, a política econômica e a política

social apenas formalmente se distinguem e às vezes dão a enganosa impressão de que tratam de coisas muito diferentes”. (VIEIRA, 1992: 21).

Na verdade, o necessário e justo, seria a existência de uma política econômico-social, que buscasse atender as reais necessidades da população, respeitando as particularidades e singularidades de uma sociedade como a brasileira, com altos índices de concentração de riqueza nas mãos da minoria, objetivando minimizar a desigualdade social, por meio de uma efetiva distribuição de renda.

Infelizmente não é o que acontece no governo Lula, que veio prometendo mudanças profundas no rumo das políticas públicas, após uma década de reformas neoliberais que deixaram como legado frustradas promessas de retomada do projeto democrático, mas que só reiterou a política neoliberal no Brasil.

2.3 Governo Lula: a opção pela continuidade do modelo neoliberal e o desmonte do social

A análise que podemos fazer do governo Lula desde sua eleição em 2002 até a presente data é que a política econômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica.

Segundo Athias e Cabral (2007:01), que analisaram os dados do SIAFI (Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal), o governo Lula fez menos investimentos e pagou mais dívida que o governo FHC.

“Em seu primeiro ano, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva realizou menos investimentos do que o seu antecessor, Fernando Henrique Cardoso, no último ano de seu mandato. No mesmo período, Lula também gastou mais no pagamento de dívidas do que FHC. Sob Lula, a União investiu em 2003 R\$ 1,8 bilhão, o equivalente a 0,24% do Orçamento federal do ano. Em 2002, FHC investira R\$ 11,6 bilhões (1,5% do Orçamento). Já no pagamento de amortização da dívida, Lula desembolsou R\$ 412,9 bilhões em 2003, ou 54,61% de todos os gastos do país. No ano anterior, esses gastos somaram R\$ 349,6 bilhões (45,16% do Orçamento)”.

Do ponto de vista das políticas públicas, ou dos direitos sociais que elas materializam, a verdadeira tarefa histórica que se impunha ao governo Lula era romper com as modificações restritivas no espaço público da proteção social, sob forte impacto das políticas neoliberais. Caberiam, então, ações decisivas para se

garantir o amplo financiamento público para as políticas sociais, que suplantasse a lógica da restrição orçamentária. Haveria de se superar de vez a lógica financista, que subordina as decisões em termos de direitos sociais à disponibilidade de caixa.

Entretanto, seguem inalteradas as limitações ao processo de expansão das garantias coletivas na esfera dos direitos sociais. Na área da saúde, havia uma expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária, porém, suas ações têm mantido a polarização entre o projeto da Reforma Sanitária e o Privatista. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo, com ações que enfatizam a focalização e o desfinanciamento das ações na saúde.

Bravo (2006:16) aponta os seguintes aspectos como inovadores no governo Lula que têm relação com os dois projetos em disputa:

- *Retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada;*
- *A escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério;*
- *Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde que tem como função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área;*
- *Criação da Secretaria de Atenção à Saúde que visou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar;*
- *Criação da Secretaria de Gestão Participativa que tem como função fortalecer o controle social, organizar as conferências de saúde e estabelecer a comunicação do Ministério da Saúde com outros níveis de governo e com a sociedade;*
- *Criação do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS) em julho de 2004;*
- *A convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003;*
- *A participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do mesmo.*

Para além das inovações, verifica-se a continuidade de aspectos na área da saúde decorrentes de opções estratégicas racionalmente adotadas pelo governo

Lula e sua equipe, quando se constata o aprofundamento do modelo econômico neoliberal com sua lógica recessiva: a focalização, a precarização e a terceirização dos recursos humanos.

Como exemplo de focalização, pode ser destacado a centralidade do PSF, que surgiu como forma estratégica de reorganização da atenção básica, mas que se tornou um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. O programa necessita de uma reorientação na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com o princípio da universalidade, e articular a atenção básica com os demais níveis de assistência para garantir a integralidade.

Dados divulgados pelo governo federal extraídos de Bravo²¹ (2006:20) ratificam a ênfase das ações em programas focais:

“3.200 novas equipes no Programa Saúde da Família, contratação de 13040 novos agentes comunitários de saúde, aumento do repasse de atenção básica para as prefeituras de 10 para 12 reais por habitante, aumento de 68% das equipes de saúde bucal, implantação de 17 farmácias populares, implantação de 132 unidades do SAMU em 1200 municípios e entregues 252 ambulâncias”.

Quanto à precarização e terceirização dos recursos humanos, verifica-se a ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde de forma precarizada, sendo realizada, na maioria dos casos, com base em indicações político-partidárias em vez de concurso público, e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas e imprecisas a respeito de suas funções: auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária e agentes de saúde mental.

A questão do desfinanciamento do SUS revela-se como uma medida concreta a impossibilitar a oferta de serviços públicos, gratuitos e com qualidade, preconizado na Constituição Federal de 1988, e conforme as necessidades da população. Como um direito social altamente valorizado no mercado privado, já que a saúde é uma necessidade humana vital, a disputa com o setor lucrativo não ingressou na agenda de prioridades do governo Lula, onde interesses e pressões de mercado dos produtores de equipamentos, de medicamentos, de tecnologias e de prestadores de serviços e corporações poderosas mantêm-se intactos.

²¹ Dados referentes ao documento “Em questão” nº. 206, de 06 de julho de 2004, editado pela Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República.

Para Paiva (2006:05), a definição do percentual de recursos financeiros federais, previstos na Constituição Federal de 1988 para o SUS permanece descumprida pela política econômica.

“Na comparação internacional, nossos atuais 3,2% do PIB, destinados à saúde, representam porcentagem menor do que as da Bolívia, Colômbia, África do Sul, Rússia, Venezuela, Uruguai, Argentina (cerca de 5.12%), Cuba (6,25%), EUA (6,2%), Japão, Inglaterra, Austrália, Portugal, Itália, Canadá, França e Alemanha (8,1%)”.

Além disso, verifica-se a utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas. A DRU²² (Desvinculação das Receitas da União), criada em 1994, garante a desvinculação de 20% da arrecadação de impostos e contribuições sociais até o final de 2006, entretanto, dando continuidade a mesma política fiscal do governo FHC, a equipe econômica do governo Lula, sob alegação de que a economia brasileira ainda requer cuidados, manteve no âmbito da Emenda Constitucional n.42 a prorrogação da DRU até 2007.

O quadro de desfinanciamento da saúde pública acarreta na superlotação dos hospitais de emergência e congestionamento nos pronto-socorros e consultórios de especialidades, e expansão de um sistema privado dirigido pela lógica excludente de mercado, via planos de saúde. O SUS está se consolidando como espaço destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado, exceto no nível quaternário, que atende toda a população por ser um nível de alta complexidade, e sendo desta forma, muito oneroso para as seguradoras arcarem.

O governo Lula aprofunda a crise ao postergar a regulamentação da Emenda Constitucional 29, que garante a vinculação de percentuais mínimos para aplicação orçamentária na política de saúde. De acordo com Paiva (2006:06), os valores são expressivos, cerca de R\$ 2,3 bilhões representa a diferença acumulada pelo não cumprimento por parte do governo federal da EC-29 nos anos de 2001 a 2005, porém só no governo Lula este déficit acumula a cifra de R\$1.832.000,00.

²² A DRU não afeta a base de cálculo das transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios, nem a das aplicações em programa de financiamento ao setor produtivo das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Também não estão sujeitas a DRU: as contribuições sociais do empregador incidente sobre a folha de salários; as contribuições dos trabalhadores e dos demais segurados da previdência social. A parte da CPMF destinada ao Fundo de Combate a Erradicação da Pobreza, e a arrecadação do salário-educação.

O SUS real está muito longe do SUS constitucional. Faz-se necessário a retomada da luta pelo fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária, na defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS e na retomada dos princípios que regem o orçamento da Seguridade Social.

No capítulo 3 veremos como as Conferências Nacionais de Saúde estão se posicionando frente ao desfinanciamento da saúde.

CAPÍTULO 3: O FINANCIAMENTO DO SUS A PARTIR DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE DA DÉCADA DE 90.

Este capítulo tem como objeto de estudo o posicionamento das Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a instituição do SUS frente ao

desfinanciamento da política de saúde. O trabalho foi desenvolvido a partir da análise documental de fonte primária - relatório final da XI à XII CNS privilegiando o tema do financiamento, e fontes secundárias - levantamento bibliográfico sobre o assunto.

Antes da análise propriamente dita faz-se necessário uma discussão sobre as temáticas de participação e controle social, origens e tradições na saúde, com base em contextos socioculturais e político-ideológicos determinados. A partir dessa discussão, é possível analisar o controle social em saúde através das conferências de saúde, compreendidas como espaços propiciadores do exercício da democracia e da cidadania.

3.1 Participação e Controle Social

A partir da Constituição Federal de 1988 e das Leis nº. 8.080 e 8.142, ambas de 1990, os segmentos que fazem parte da área da saúde (governo, trabalhadores, usuários e prestadores privados) conquistam o direito e o dever de juntos, participarem da proposição, definição e avaliação da política de saúde através de duas instâncias formais, que são também espaços de luta: a conferência e os conselhos de saúde.

A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social que, segundo Carvalho apud Correia (2006:08), *“é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”*. Cabe ressaltar que o conceito de controle social historicamente adotado referia-se ao inverso, ou seja, ao controle do Estado sobre a sociedade.

As conferências de saúde são espaços instituídos destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes. A partir dessas diretrizes, a política de saúde é elaborada e fiscalizada pelos conselhos de saúde em cada esfera de governo. Essas instâncias são vitais para o processo de democratização da sociedade e exercício do controle social.

O termo controle social está intrinsecamente ligado à forma de participação da população na elaboração e fiscalização das políticas públicas. Souza (2004) e

Sousa²³ (2003) apresentam três concepções de participação presentes na história da sociedade política brasileira, a saber: a participação comunitária; a participação popular e a participação social.

A participação comunitária surgiu na América do Norte no início do século XX, quando a prática dos centros comunitários é transferida do foco da ação em saúde como força coercitiva para a necessidade de captar a clientela como participante de programas e ações para os quais é imprescindível o consentimento e presença voluntária das pessoas. Segundo Carvalho²⁴ apud Sousa (2003:73), *“mantém-se a idéia da população como alvo dos cuidados de saúde, mas agrega-se a idéia de que, sem a sua colaboração/ compreensão, fica comprometida a efetividade das ações”*.

Na América Latina e no Brasil tal proposta teve pouca repercussão pelo fato da mesma ser contemporânea às práticas dominantes do sanitarismo campanhista e do modelo assistencial vinculado à previdência social.

Nos anos 50 surge a proposta de “desenvolvimento de comunidade”, criada por organizações internacionais²⁵ envolvidas com a política de ajuda e sedução a países subdesenvolvidos no contexto da guerra fria. Vários programas de desenvolvimento econômico e social surgiram pelos países incentivando a participação e a organização comunitária.

O referencial teórico utilizado nas propostas de participação comunitária é a categoria comunidade, de origem funcionalista, definida como um *“agrupamento de pessoas que coabitam num mesmo meio ambiente, ou seja, compartilham o que se deveria chamar de condições ecológicas de existência, independente dos fatores estruturais ou conjunturais que lhes dão origem”*. (CARVALHO APUD SOUZA, 2004:173). O desenvolvimento da comunidade ocorreria em função da capacidade da comunidade se unir e se organizar, além de manter a ordem, a harmonia e o progresso.

Nos anos 60, a proposta de medicina comunitária reapareceu nos Estados Unidos como uma política governamental, com programas de ação comunitária que

²³ As autoras se apropriaram de Carvalho (1995, 1997, 1998) para o debate da temática da participação e controle social na área da saúde.

²⁴ CARVALHO, A.I de. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase, 1995.

²⁵ Essas organizações internacionais eram: ONU, OEA, CEPAL, BIRD, FMI e Aliança para o Progresso.

mobiliza recursos locais para projetos de caráter social, havendo o envolvimento das populações locais no planejamento e administração de tais ações. No Brasil, a medicina comunitária foi introduzida como proposta de extensão da cobertura da assistência que, naquele momento, não alcançava nem 50% da população devido ao modelo assistencial vinculado à previdência social.

Souza (2004:173) aponta que *“a participação comunitária, sobretudo na saúde, era entendida como a sociedade completando o Estado. Este, por sua vez, passou a incentivar a colaboração da sociedade na execução das políticas sociais por meio do voluntariado e do apelo à solidariedade dos cidadãos”*.

A proposta de participação popular surgiu na década de 70 como reação da população aos regimes ditatoriais existentes nesse período na América Latina, incentivando movimentos sociais a lutarem pela redemocratização da sociedade e melhores condições de vida. Representa o *“aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas políticas opositoras ao sistema dominante”* (SOUZA, 2004:174).

Na área da saúde, o objetivo da participação popular relaciona-se a democratização da saúde e o acesso universal e igualitário aos serviços e ao poder. A categoria utilizada como referencial teórico é, pois, o povo, ou seja, a população excluída do acesso a bens e serviços.

Sendo assim, o controle social passa a ser entendido como o confronto entre a sociedade civil organizada e o Estado. Trata-se da mobilização de uma parcela da população que engaja-se na luta contra o Estado, para a construção de canais de participação e integração das várias instituições e segmentos em prol de melhorias sociais.

Toda essa discussão só foi possível em virtude da vontade e organização política da sociedade em oposição ao Estado vigente; significa luta e contestação. Contudo, é no final da década de 70 e início dos anos 80 que essa participação começa a ser entendida como participação nas decisões e não na execução das ações.

“Em 1983, através das AIS, a população passou a ter acesso às Comissões Interinstitucionais de Saúde e às Comissões Setoriais de Saúde. Propunham-se, essas instâncias, se abrir a uma participação mais direta dos vários segmentos sociais por meio de grupos locais de saúde, vinculados às unidades de prestação de serviços na área”. (SOUZA, 2003:76).

O processo de democratização engendrou novas relações entre Estado e sociedade, em que a participação agora diz respeito ao reconhecimento e acolhimento da diversidade de interesses e projetos colocados na arena social e política. A categoria central passa a ser sociedade, ou seja, um conjunto de indivíduos cuja diversidade de interesses e projetos entra em disputa com o Estado. É a participação da sociedade lutando pela ampliação do conceito de cidadania, pela universalização dos direitos e interferência no aparelho estatal.

A participação social, enquanto princípio teórico-prático no arcabouço jurídico-legal do Estado se institucionalizou no Brasil no processo de democratização do país, relacionando-se diretamente ao processo constituinte e à Constituição Federal de 1988, com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado.

Segundo Carvalho²⁶ apud Sousa (2003:77) o controle social é marcado por um duplo viés: *“a dura realidade da exclusão social e o caráter secularmente clientelista e privatizado do Estado Brasileiro”*. Em tal perspectiva, *“o controle social em saúde tem forte sentido fiscalizatório, de modo que é prioritariamente importante impedir o Estado de transgredir do que induzi-lo a agir”*.

Com a institucionalização da participação popular na área da saúde no contexto da reforma democrática, a saúde passou a ser entendida como direito e dever do Estado. Na prática, a participação popular materializou-se pela criação dos conselhos e conferências, instâncias oficiais de controle social, formadas pelos diversos segmentos sociais que buscam implementar políticas em prol da sociedade e não apenas dos setores privilegiados.

Atualmente, o controle social é um direito conquistado, contido na Constituição Federal de 1988. Contudo, só na década de 90 serão implementadas instâncias para seu exercício a partir da promulgação das diferentes leis complementares, a exemplo do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), Lei Orgânica da Saúde (1990), Lei Orgânica da Assistência Social (1993), entre outras.

Tais leis instituem o controle social em duas instâncias formais, que são também espaços de luta: as conferências e conselhos. Na área da saúde, como foi dito anteriormente no capítulo 1, as conferências são eventos que devem ser realizados periodicamente (de 04 em 04 anos) para discutir a política em cena, em

²⁶ CARVALHO, A.I de. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase, 1995.

cada esfera de governo, e propor diretrizes de ação. As deliberações das conferências devem ser entendidas enquanto norteadoras da implantação dessas políticas, portanto, devem influenciar as discussões travadas nos conselhos.

Já os conselhos são espaços compostos por sociedade civil e poder público, de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes (50% de membros da sociedade civil e 50% compostos pelo governo). O principal objetivo dos conselhos é discutir, elaborar e fiscalizar a política social em tela, nos níveis federal, estadual e municipal.

Correia (2006) destaca o aspecto contraditório dessas instâncias de exercício do controle social, pois, apesar de terem sido conquistadas sobre pressão, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Porém, podem ser também espaços de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de luta pela retomada do projeto da Reforma Sanitária.

3.2 As Conferências Nacionais de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram instituídas ainda na década de 40, portanto, bem anterior à promulgação da Constituição Federal em vigor. Esta instância de direito tem exercido papel diferenciado na definição das diretrizes da política de saúde, bem como na forma como envolve os diferentes segmentos constituintes da área, no que tange aos trabalhadores e usuários do sistema.

Sousa (2003) aponta que nos registros das sete primeiras CNS, ocorridas de 1941 a 1979, havia apenas a participação de autoridades públicas de saúde, especialmente representante dos governos. Essa situação modifica-se a partir da VIII CNS, uma vez que emerge uma nova dinâmica de participação social possibilitadora do caráter democrático na definição e implementação da política de saúde.

A VIII CNS, realizada em Brasília, em 1986, numa articulação bem diversa das anteriores, e coerente com o contexto político que o Brasil vivia naquele momento, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Foi a primeira a contar com a participação popular e representou um marco, pois introduziu, no cenário da discussão da saúde, a

sociedade, além de apontar princípios e diretrizes posteriormente incorporadas à Constituição Federal de 1988.

A IX CNS, realizada em 1992, aconteceu numa conjuntura de insatisfação social com as medidas antipopulares do governo Collor e de boicote ao SUS, sendo palco de fortes manifestações pelo impeachment do então presidente. Adiada quatro vezes, teve como tema “Saúde: municipalização é o caminho”, indicando o caminho da descentralização, da municipalização e da participação social. A partir dela foram formuladas soluções e adotadas providências sobre gestão municipal, criação de comissões intergestoras bipartite, em nível estadual, e tripartite, em nível federal, conforme expressa a Norma Operacional Básica – NOB 01/93 e consolida a NOB 01/96.

Na X CNS, realizada em 1996, com o tema “Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, teve como debates a necessidade de avaliação do sistema implantado e a busca de seu aprimoramento, em especial dos mecanismos de financiamento, principal empecilho identificado para a consolidação e fortalecimento do SUS em todo o Brasil neste período, devido a total implementação da política neoliberal no governo FHC e o conseqüente desmoronamento do SUS. Num momento em que o SUS atravessava gravíssima restrição orçamentária, o evento teve a participação do então Ministro da Saúde, Adib Jatene, contudo, não teve a presença dos titulares da área econômica e de outras pastas ministeriais do Governo Federal.

A XI CNS, que ocorreu no ano 2000, teve como tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”. Nela se relacionou a dificuldade para a efetivação do SUS ao projeto social e econômico do governo FHC, de rigoroso ajuste fiscal, que privilegiava a lógica econômica em detrimento das políticas sociais. Os participantes propuseram o combate à mercantilização da saúde e a promoção dos valores em defesa da vida. Reafirmaram a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado preconizada na Constituição Federal, e se colocaram contra a privatização do setor público, através das Agências Executivas e Organizações Sociais. O controle social foi um dos eixos centrais do debate, considerado a peça fundamental para a efetivação do SUS.

A XII CNS ocorreu em um momento importante para a saúde pública brasileira. Foi antecipada em um ano, para que suas propostas nortearassem as ações de governo no período de 2003-2007. Seu tema foi “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos”, e teve uma importante participação da população, tanto nas etapas municipais, estaduais, quanto na nacional. Com o objetivo principal de reafirmar o direito à saúde, os principais temas foram divididos em dez eixos temáticos, os quais reafirmaram princípios e definem diretrizes para nortear a implementação do SUS.

Verifica-se que as conferências de saúde, anteriormente um espaço exclusivo de Estado e da burocracia, vai assumindo, no decorrer dos anos, novos contornos e novas composições.

“Na atual conjuntura, as conferências consistem, primordialmente, em espaço de consulta ampliada à sociedade, (...) e posteriormente, em espaço deliberativo que considera os critérios de paridade, representatividade e legitimidade, imprescindíveis em processos democráticos”. (SOUZA, 2003:71)

3.3 O posicionamento das Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a instituição do SUS frente ao desfinanciamento da política de saúde.

A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 165 § 5º²⁷ determina que a lei orçamentária anual compreenderá o orçamento fiscal, o de investimentos e o da Seguridade Social. A Carta Magna também determinou a criação de um orçamento com recursos próprios e exclusivos para as políticas da Seguridade Social, distinto daquele que financia as demais políticas de governo. Porém, verifica-se que os governantes desde 1988 não implementaram a contento o dito constitucional.

O atual modelo de financiamento do sistema de saúde é baseado na participação de todos os entes da federação, onde cada um tem definidas suas fontes de recursos.

Principais Fontes de Receita para o gasto em saúde da União:

- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF);

²⁷Art. 165 § 5º - A lei orçamentária anual compreenderá:

I - o orçamento fiscal referente aos poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público;

II - o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;

III - o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público.

- Contribuição para financiamento da Seguridade Social (COFINS);
- Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL);
- Recursos Ordinários;
- Recursos diretamente arrecadados.

Principais Fontes de Receita para o gasto em saúde dos Estados:

Impostos:

- 2 Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS);
- 3 Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA);
- 4 ITCMD (Imposto sobre herança).

Transferências da União:

1. Fundo de Participação dos Estados (FPE);
2. Imposto de Renda Retido na Fonte (IRFF);
3. Imposto sobre Produtos Industriais/Exportação (IPI);
4. Lei Complementar n.º 87/96 (Lei Kandir).

Principais Fontes de Receita para o gasto em saúde dos Municípios:

Impostos Municipais:

- Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU);
- Imposto de Transferência de Bens Intervivos (ITBI);
- Imposto sobre Serviços (ISS).

Transferências da União

- Fundo de Participação dos Municípios (FPM);
- Cota-Parte do Imposto Territorial Rural (ITR);
- IRRF;
- Lei Complementar n.º 87/96.

Transferências do Estado:

- Cota-Parte do ICMS;
- Cota-Parte do IPI-Exportação;
- Cota-Parte do IPVA.

O estudo se propõe a analisar o posicionamento da IX à XII CNS sobre o financiamento da saúde, visto que a partir da década de 90 os governos vêm realizando um corte nos recursos da saúde e das demais políticas sociais que compõem a Seguridade Social, além de uma vinculação dos mesmos para outras áreas.

3.3.1 IX CNS

A IX CNS, realizada em 1992, foi a primeira conferência após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e das leis que regem a política de saúde. Reuniu quase três mil delegados e representantes credenciados, além de 1.500 observadores nacionais e internacionais, representando profissionais de saúde, prestadores públicos e privados de serviços, representantes das três esferas de governo, dos poderes Judiciário e Legislativo, do Ministério Público e usuários dos serviços de saúde.

O financiamento da saúde foi discutido na perspectiva de ampliação dos seus recursos, visto que foi verificado, a partir da década de 90, uma redução das receitas do setor saúde, tanto em termos das receitas globais (que incluem os gastos em saúde das três esferas de governo e, ainda, os gastos privados), como no que se refere às receitas no âmbito do orçamento da Seguridade Social.

O governo federal no período de 1989 a 1992 realizou uma contenção dos gastos públicos na área da saúde e uma queda na participação do setor na distribuição dos recursos do orçamento da Seguridade Social que, de 30,31% em 1989, passou a 23% em 1990 e 1991, e 22% em 1992²⁸.

Isso porque, como foi dito anteriormente no capítulo 2, neste período realiza-se no Brasil o processo de redirecionamento do Estado sob influência do neoliberalismo e sua política de contenção dos gastos públicos, principalmente na área social. Segundo o relatório final da IX CNS (1992:28), *"a política econômica recessiva afetou profundamente a base de captação das receitas" e que "em decorrência do elevado índice de sonegação tributária, aumentou a evasão fiscal"*.

Além das mudanças no modelo de gestão do sistema de saúde, a IX CNS aprovou a destinação de 10 a 15% dos orçamentos fiscais de cada esfera de governo exclusivamente para a área da saúde, com acompanhamento da execução orçamentária pelos respectivos conselhos. Decidiu, também, que o governo deveria aplicar pelo menos 30% do orçamento da Seguridade Social na saúde.

²⁸ Dados retirados do relatório final da IX CNS (1992:28).

A IX CNS aprovou a mudança na relação entre Estados e Municípios com o governo federal, com vistas a superar a forma de pagamento de compra e venda de serviços instituídos pelo INAMPS, que fere tanto os princípios descentralizadores como os critérios de partilha dos recursos estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde, além de estimular a fraude e o superfaturamento. Os delegados aprovaram, também, que todo o orçamento do Ministério da Saúde deveria passar a ser centralizado no Fundo Nacional da Saúde e que os repasses para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde deveriam ser regulares e automáticos, vinculados à existência de conselhos constituídos na forma da Lei.

Quanto aos critérios de transferência de recursos federais, eles deveriam obedecer aos princípios definidos na Lei 8.080. Enquanto estes critérios não fossem regulamentados, deveriam ser buscadas formas alternativas, preservando as diretrizes legais definidas e garantindo, no repasse global e automático, a manutenção da rede hospitalar e ambulatorial, a partir da série histórica de gastos dos Estados e Municípios, além dos investimentos e das ações de saúde coletiva, bem como para os novos serviços executados diretamente pelos Municípios.

A IX CNS deliberou ainda que fossem destinados recursos para a recuperação e ampliação da rede pública, para o financiamento de medicamentos de uso contínuo e de procedimentos de alto custo e expansão da produção farmacêutica e de imunobiológicos e pesquisa científica e tecnológica.

3.3.2 X CNS

A X CNS foi realizada em 1996, num momento em que o SUS atravessava gravíssima restrição orçamentária devido à consolidação da política de ajuste neoliberal e implementação da Reforma do Estado no governo FHC, redefinindo o papel do Estado de tal forma que muitas de suas responsabilidades são transferidas

para o setor privado. Sendo assim, na área da saúde entram em disputa dois projetos, já explicitados no capítulo 2: o da Reforma Sanitária e o Privatista.

O projeto Privatista, que preconiza a diminuição do papel do Estado e o fortalecimento do mercado, ganha força com a intervenção de um setor “público não-estatal” na gestão dos serviços de saúde, como as OS e as Agências Autônomas, que partem do pressuposto de que esses serviços seriam mais eficientes se realizados com o financiamento do Estado e executados por esse setor.

A X CNS reuniu 1.400 delegados (sendo 1.232 eleitos em pré-conferências estaduais e 136 representantes de entidades e instituições de âmbito nacional), 600 convidados e cerca de 2.000 observadores, e foi marcada pela necessidade de avaliação do sistema implantado e a busca de seu aprimoramento, em especial dos mecanismos de financiamento, principal empecilho identificado para a consolidação e fortalecimento do SUS em todo o Brasil.

Essa conferência deliberou a manutenção da Seguridade Social e suas fontes de financiamento, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e entre as principais reivindicações apresentadas, destaca-se a defesa do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 169, de autoria dos deputados federais Eduardo Jorge e Waldir Pires, que garante 30% dos recursos da Seguridade Social e, no mínimo, 10% dos orçamentos da União, Estados e Municípios para a saúde.

Há deliberações também sobre novas fontes de financiamento para o SUS, dentre elas, o ressarcimento ao SUS, pelas operadoras dos planos e seguros privados de assistência à saúde e das empresas de medicina de grupo, dos serviços de atendimento à saúde prestados a seus beneficiários ou segurados em instituições públicas ou privadas, integrantes do SUS, de acordo com a tabela praticada pelo plano, sendo que o atendimento desses usuários não deve ser privilegiado, respeitando-se a fila e a agenda única; além de maior participação dos Estados e diversas taxas.

Mesmo com a criação da ANS em 1999, verifica-se que até hoje esta não consegue fiscalizar o ressarcimento ao SUS dos usuários de planos privados atendidos em hospitais públicos. Além disso, como foi dito anteriormente no capítulo 2, o ressarcimento é restrito aos casos de internação e atendimentos de urgência e emergência, a tabela cobrada é a da TUNEP, e não a tabela praticada pelos planos de saúde privados, e há sim um privilegiamento a esses usuários, tanto em burlar a fila única quanto na infra-estrutura das acomodações.

As deliberações para os critérios de distribuição dos recursos da saúde estão em consonância com o Art. 35 da Lei 8.080/90²⁹, pois os delegados acreditavam que somente através deste mecanismo seria possível canalizar os recursos para as reais necessidades e problemas da população de cada Município, incentivando a atenção integral à saúde e superando o modelo vigente na época, baseado nos repasses e remuneração por produção, enfatizando atos fragmentados e individuais.

No que concerne a NOB 01/96, regulamentada no mesmo ano, a conferência determina que essa deve assegurar o financiamento das ações de saúde em função não somente do valor per capita, mas pelo cumprimento de metas de cobertura e qualidade do serviço, valorizando, dessa forma, a saúde e não a doença.

A X CNS coloca que os gestores do SUS, nas três esferas do governo, devem realizar esforços para modificar o modelo de saúde baseado na atenção hospitalar e

²⁹Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

na medicalização da saúde, em detrimento da atenção integral à saúde, pois este modelo eleva os custos dos serviços, concentra os serviços e recursos humanos em certas áreas e, além de ser um desrespeito ao princípio de hierarquização.

Verifica-se que a dificuldade em priorizar as ações de promoção e prevenção da saúde em detrimento das ações curativas deve-se ao fato de a assistência hospitalar e a medicalização da saúde auferir gigantescos lucros para as seguradoras e empresas farmacêuticas, já que a doença impõe altos custos com internações e medicamentos.

Quanto ao Fundo Único de Saúde, a X CNS enfatiza a necessidade de se definir uma política e uma legislação orçamentária que garanta a alocação do total de recursos da saúde e seus rendimentos num Fundo de Saúde único em cada esfera do governo. No planejamento, orçamentação e programação financeira dos recursos da saúde, a X CNS determina que:

“Os gestores do SUS devem realizar investimentos de forma a dotar todas as unidades e serviços de saúde de estrutura física, recursos suficientes e com tecnologia apropriada, de acordo com sua complexidade, visando a atenção integral à saúde para atender às necessidades e problemas da população, evitando dispersão de recursos e paralelismo de ações e garantindo um sistema de referência e contra-referência, com prioridade para o setor público. Integrar estes serviços através de um sistema padronizado de informações para que se possa medir o impacto alcançado sobre a saúde dos usuários”.

No que tange a gestão e controle dos recursos do SUS, a X CNS delibera que os gestores devem fazer o melhor uso possível dos recursos financeiros, e os conselhos de saúde devem fiscalizar rigorosamente, além dos governos e gestores do SUS garantirem prioritariamente a cobertura financeira integral dos serviços

produzidos pela Rede Estatal de Saúde, realizando a complementação com serviços privados apenas quando necessários.

A materialização de uma gestão eficaz do SUS depende da capacidade estatal de garantir os recursos necessários à sua sustentabilidade orçamentária e financeira. Com a consolidação da política neoliberal no decorrer dos anos 90, esta potencializa novas e antigas dificuldades para consolidar a Seguridade Social no Brasil. A desestruturação do orçamento da Seguridade Social constitui uma dessas estratégias para inviabilizar a materialização da mesma, pois o orçamento é resultado de orientações políticas, e no Brasil observa-se claramente o privilegiamento da política econômica em detrimento da política social.

3.3.3 XI CNS

Os participantes da XI CNS (cerca de 2.500 delegados, sendo 75% eleitos nas conferências estaduais e 25% indicados por entidades nacionais representativas dos seguintes segmentos: gestores, prestadores, trabalhadores da saúde, formadores de recursos humanos e movimentos sociais e de defesa da cidadania representantes de usuários), realizada em 2000, reconheceram, no que tange a questão do financiamento da saúde, que algumas conquistas foram alcançadas como resultado das intensas mobilizações e forte pressão política exercida sobre a União e o Congresso Nacional.

Dentre essas conquistas, está a criação da CPMF que, ainda que operando como fonte substitutiva, permitiu a regularização do fluxo dos recursos ao longo dos exercícios financeiros; a instituição do Piso de Atenção Básica - PAB, que permitiu o repasse fundo a fundo de recursos destinados às ações e serviços básicos e o de assistência de média e alta complexidade. Os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor per capita e o valor do PAB variável depende da adesão do Município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais e a ações estratégicas tais como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Uma das principais conquistas foi a aprovação, em 2000, da Emenda Constitucional 29/2000, após amplo processo de luta iniciado com a tramitação da

PEC 169, apoiado por amplos setores do movimento social, que determina a vinculação de receitas das três esferas de governo para os gastos em ações e serviços de saúde.

Baseando-se no estudo realizado por Boschetti e Salvador sobre o financiamento da Seguridade Social, nota-se que no período de 1999 a 2005 as contribuições sociais representaram, em média, 80,2% das fontes de financiamento da saúde na esfera federal. Entre as contribuições sociais destacam-se a CPMF (33,4%) e a CSLL (22,6%).

O estudo aponta que no período analisado a CSLL, que tinha uma participação relativa de apenas 4,2% em 1999, passou a representar 43,4% em 2005, um patamar superior ao financiamento obtido por meio da CPMF (31,9%), tributo criado para financiar exclusivamente a saúde, mas que passa a financiar outras despesas como a previdenciária a partir de 1999 e, após 2001, o Fundo de Combate à Pobreza. Os recursos provenientes de impostos decrescem 69,3% no financiamento da saúde, reduzindo sua participação de 15,1% em 1999 para 4,6% em 2005.

O ingresso dos recursos originados da CPMF não aumentou o volume de recursos para a saúde, o que a caracterizou como fonte substitutiva. Além disso, tem havido crescente utilização de recursos federais no financiamento de serviços privados, com o repasse para cooperativas, OS e outras formas de prestadores privados.

Boschetti e Salvador (2006) ressaltam que a Carga Tributária do financiamento da Seguridade Social é regressiva, pois é arrecadada, em grande parte, por tributos indiretos (que incidem sobre a produção e o consumo de bens e serviços) e cumulativos, que oneram proporcionalmente mais os cidadãos de menor renda. Em 2003, as famílias com renda de até dois salários mínimos passaram a ter uma carga tributária indireta de 46% da renda familiar, enquanto aquelas com renda superior a trinta salários mínimos gastam 16% da renda em tributos indiretos. A tributação sobre a renda e o patrimônio, mais progressistas, pois aumenta a participação do contribuinte à medida que cresce sua renda, são fontes de financiamento com baixa ou nenhuma expressão no orçamento da Seguridade

Social. Sendo assim, os autores concluem que a Seguridade é financiada indiretamente pelos próprios beneficiários.

Com relação ao PAB, os recursos repassados através do mesmo não têm sido suficientes para atender às necessidades de Estados e Municípios. O PAB de cada Município é calculado tendo por base um valor per capita, sendo transferido automaticamente do FNS para os Fundos Municipais de Saúde, superando dessa maneira os mecanismos de pós-pagamento. Entretanto, o custo da atenção básica, incluindo vacinas, varia nas diferentes regiões, o que não tem sido levado em consideração na fixação dos valores per capita.

Mesmo diante de algumas conquistas, os participantes da XI CNS conseguem fazer uma análise da conjuntura e visualizar restrições ao orçamento da saúde, para assim propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo.

As deliberações da XI CNS visam assegurar o aporte adequado de recursos para o SUS para a maximização dos resultados de sua aplicação; a criação de fontes complementares para ampliação dos recursos para o SUS; a utilização do Art. 35 da Lei 8.080/90 como um dos critérios principais para o repasse de recursos federais para garantir os princípios de descentralização, integralidade e controle social, com autonomia dos entes federados.

Além disso, a XI CNS propõe que a alocação de recursos para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento deve superar a lógica ainda predominante que não contempla a integralidade da atenção e privilegia ora ações curativas, ora apenas a atenção básica, e fortalecer a rede pública para a provisão de ações e serviços de saúde. As formas de remuneração de prestadores para garantir acesso, qualidade e humanização do atendimento devem adotar mecanismos para reversão da lógica de pagamento por procedimentos, e deve-se ter uma gestão de recursos para atender as necessidades sociais, transparência da mesma e avaliação dos resultados.

A tendência em diminuir os recursos destinados à saúde e a Seguridade Social como um todo tem relação direta com a política econômica adotada pelos governos na década de 90, que restringe a ampliação de recursos para as políticas sociais em prol das exigências dos acordos firmados com os organismos internacionais, impedindo a inversão desse quadro.

3.3.4 XII CNS

A XII CNS, realizada em 2003, antecipada pelo governo Lula para que a política de saúde se pautasse pela intervenção do controle social em sua instância máxima, contou com a participação de cerca de 3 mil delegados de todo o país, dentre eles, 50% representantes dos usuários, 25% representantes dos profissionais de saúde e 25% representantes dos prestadores dos serviços de saúde, e mais de 300 observadores. Uma das discussões centrais ocorridas nesta conferência foi a respeito da regulamentação e aplicação da EC 29/00, pois segundo dados do relatório final desta conferência, em 2002, 17 estados e 41% dos Municípios não gastaram o que deveriam nas referidas ações e serviços públicos de saúde. Sendo assim, a XII coloca como uma de suas diretrizes gerais:

“Apoiar o veto ao artigo 96 da Reforma Tributária que trata da desvinculação de recursos da União (DRU), assim como rejeitar possíveis iniciativas de desvinculação de recursos dos estados e municípios (DRE e DRM) e exigir a aplicação, pelas três esferas de governo, da EC 29/00 e da Resolução 322/03 do Conselho Nacional de Saúde, com a punição dos gestores que não as cumprirem. Dessa forma, os recursos do orçamento da saúde serão aplicados em ações e serviços específicos da saúde e não em condicionantes e determinantes (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais), que devem ser financiados por outras fontes”.

Este veto é de extrema importância, pois dados do estudo de Boschetti e Salvador (2006) indicam que, além da diminuição dos recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social, há uma transformação dos mesmos em

recursos fiscais para a composição do superávit primário e, por consequência, a sua utilização em pagamento de juros da dívida externa através de mecanismos como a DRU, que permite a desvinculação da arrecadação federal, autorizando o governo a aplicar livremente esses recursos. No período de 2002 a 2004, foram desviados do orçamento da Seguridade Social R\$45,2 bilhões, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 3: Receitas da Seguridade Social e desvio da DRU em R\$ bilhões

Anos	Receita antes da DRU	Receita depois da DRU	DRU
2002	211,71	201,38	10,3
2003	212,64	205,47	7,2
2004	266,35	238,62	27,7
Total	690,70	645,47	45,2

Fonte: Boschetti e Salvador (2006:51)

A partir de 1999, o Brasil comprometeu-se a produzir elevados superávits primários na execução dos orçamentos anuais por conta dos acordos com o FMI, apresentando um crescimento constante em relação ao PIB. O Brasil pagou mais de R\$157 bilhões em juros da dívida em 2005, sendo que esse valor é quatro vezes superior a todo gasto da União com a saúde no mesmo período.

Tabela 4: Superávit primário no período de 1999 a 2005, em % PIB

Descrição Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Meta de superávit	2,60	2,80	3,00	3,50	4,25	4,50	4,25
Superávit primário	3,19	3,46	3,64	3,89	4,25	4,61	4,83
Juros	8,97	7,08	7,21	8,47	9,33	7,29	8,11
Déficit público	5,78	3,62	3,57	4,58	5,08	2,68	3,28

Fonte: Boschetti e Salvador (2006:52)

Além desse importante veto, as principais diretrizes propostas pela XII CNS são:

- Uma ação vigorosa na defesa da retomada do desenvolvimento socioeconômico e da elevação da atual porcentagem do PIB destinado à saúde, incrementando, principalmente, a participação do orçamento público no financiamento do setor saúde;
- Uma definição da busca de equidade na alocação de recursos como diretriz essencial para a redução das desigualdades regionais existentes;
- Prosseguir com a discussão nos Conselhos de Saúde, visando a determinação de parâmetros para a elaboração de planilha de itens orçamentários, com a finalidade de proporcionar a indispensável visibilidade, sem superposições, dos seguintes conjuntos de itens: custeio, investimentos, atenção básica, média e alta complexidade;
- Incremento das ações de controle e avaliação do sistema de saúde com vista a eliminar as perdas decorrentes da má utilização dos recursos;
- Reversão da atual forma de gastos com investimentos, baseada em convênios e emendas parlamentares, para um padrão de investimentos sustentado em Planos Diretores discutidos nos Conselhos de Saúde.

A XII CNS traz a novidade de propor diretrizes para programas, projetos e ações em saúde, como para a atenção básica, para o programa Saúde da Família, para as ações de atendimento a doenças e agravos, para as ações de saúde de grupos populacionais, para o projeto de assistência farmacêutica, para o projeto de tratamento fora de domicílio, para a atenção hospitalar, e por fim, para as ações da saúde suplementar.

Essas diretrizes específicas para os programas, projetos e ações em saúde são fundamentais, pois o estudo de Boschetti e Salvador aponta que o FNS, que

gere os recursos da política de saúde e não os gastos totais das funções referentes a essa política social, fica, em média, com 13% do orçamento da Seguridade Social.

Em 2005, o Programa Bolsa-Família ficou em quarto lugar na participação dos recursos do FNS, atrás somente de programas como Atenção Hospitalar e Ambulatorial no SUS (49,94%), Atenção Básica em Saúde (15,05%) e Previdência de Inativos e Pensionistas da União (7,85%). O Bolsa-Família recebeu mais prioridade do FNS que programas tradicionais do SUS, como Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde (2,31%), Vigilância, prevenção e atenção em HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (2,16%) e Atenção à saúde da mulher (0,001%).

Esses dados demonstram a centralidade da assistência no atual governo, sobretudo os programas de transferência de renda, que estão sendo implementados dentro da lógica substitutiva e não complementar aos demais serviços e políticas existentes. Esses programas tendem a assumir um caráter compensatório e focalizado na extrema pobreza, não promovendo a emancipação dos indivíduos.

Os dados também revelam que, dos 35 programas do FNS, 9 tiveram os recursos reduzidos em 2005: Prevenção e controle de doenças imunopreveníveis; Vigilância, prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores e zoonoses; Ciência, tecnologia e inovação em saúde; Atenção especializada em saúde; Saneamento rural; Atenção à saúde da população em situação de violências e outras causas externas; Controle da tuberculose e eliminação da hanseníase; Participação popular e intersectorialidade na Reforma Sanitária e no SUS; e Atenção Integral à saúde da mulher.

Verifica-se novamente a ênfase nas ações curativas em detrimento das ações de promoção e prevenção da saúde, já que a saúde é um direito social altamente valorizado no mercado privado, pois a doença auferi gigantescos lucros para as seguradoras, produtores de equipamentos, de medicamentos e de tecnologia.

Bravo e Matos (2001) apontam que no embate do projeto da Reforma Sanitária e o Privatista no decorrer dos anos 90, faz-se necessário que na atual conjuntura brasileira seja construído uma pauta entre os diversos sujeitos sociais

preocupados com a política pública de saúde em torno de questões que possam resgatar o projeto de Reforma Sanitária na sua totalidade e não apenas ficar restrito ao SUS, que é apenas estratégia de um projeto mais abrangente de ampliação dos direitos sociais na direção da democracia de participação alargada.

A partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a instituição do SUS frente ao desfinanciamento da política de saúde, conclui-se que as Conferências Nacionais de Saúde analisadas não deixaram de lutar em prol dos interesses dos usuários e dos diversos atores sociais que acreditam que o SUS possa efetivamente se consolidar, como fez algumas entidades e organizações que representavam historicamente a maioria de seus filiados, como a Central Única dos Trabalhadores - CUT e a União Nacional dos Estudantes – UNE, que preferiram se posicionar ao lado do governo, em vez de lutar pelos interesses da maioria da classe trabalhadora e dos estudantes, respectivamente.

Seu posicionamento é de luta pela retomada do projeto da Reforma Sanitária e aplicação dos dispositivos legais que instituem o SUS, mesmo com as dificuldades impostas pela política econômica recessiva e desvios significativos de seus recursos, que em vez de ser aplicados nas políticas sociais que compõem a Seguridade Social, estão sendo transferidos para o orçamento fiscal, para o pagamento de juros da dívida pública brasileira e para composição do superávit primário.

Embora as conferências analisadas deliberem a manutenção da Seguridade Social e suas fontes de financiamento, somente a IX e a X CNS defendem a criação

de um Fundo da Seguridade Social, fazendo a partilha de forma racional e solidária dos recursos entre suas políticas. As políticas sociais que compõem a Seguridade Social estão fragmentadas a tal ponto que não se pensa mais na unificação de seus recursos. Com a unificação do orçamento da Seguridade Social num único fundo, seria mais difícil o uso de seus recursos para outros fins que não a assistência, a previdência e a saúde da população.

Destacam-se em todos os relatórios finais das conferências analisadas propostas sobre novas fontes de financiamento para a saúde, mas vale refletir se realmente é necessário criar novas fontes, ou simplesmente lutar pela efetivação dos recursos já existentes. Segundo Boschetti e Salvador (2006:34), *“o orçamento da Seguridade Social, conforme definido na Constituição Federal de 1988, é superavitário e suficiente não só para cobrir as despesas com os direitos já previstos, como para permitir sua ampliação”*. Isso não ocorre justamente porque esse orçamento é um suporte para a sustentação da política econômica. É importante diversificar os recursos, mas é essencial lutar pela criação de um Fundo da Seguridade Social.

As conferências analisadas não conseguem assumir seu papel de instância deliberativa. A maioria de suas deliberações, que deveriam nortear a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, não são cumpridas.

Por fim, cabe ressaltar que as contribuições dadas por este trabalho não devem se limitar ao mesmo; o estudo sobre o financiamento da saúde deve ser ininterrupto. Seria importante para dar continuidade ao trabalho a realização de um levantamento mais apurado e detalhado sobre o financiamento da saúde, traçando

um diagnóstico eficaz dos recursos existentes, os que são realmente alocados na política de saúde e os que poderiam ser criados, com o objetivo de fortalecer o orçamento da Seguridade Social em defesa da saúde pública, universal e de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do financiamento tem sido um dos temas mais candentes na agenda de construção do SUS. Essa se expressou através de montantes insuficientes, irregularidade dos fluxos financeiros, necessidade de superar formas e critérios de repasse que não contemplavam a equidade como princípio orientador.

A contradição entre o modelo econômico brasileiro de natureza recessiva, centrado na ótica do equilíbrio fiscal, levando a ajustes continuados e cortes sistemáticos de despesas, e a proposta de construção do SUS refletiu-se, desde a década de 90, na dificuldade de obter formas estáveis e montantes suficientes para o financiamento do SUS, em constante atrito com a expansão de um sistema privado dirigido pela lógica excludente de mercado.

As Conferências Nacionais de Saúde vêm se configurando em espaços de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de luta pela retomada do projeto da Reforma Sanitária. As discussões realizadas nas Conferências analisadas acarretaram em deliberações de defesa do SUS, da Seguridade Social e seu financiamento pelo Estado, na criação de novas fontes de recursos para a saúde, em critérios para sua distribuição, e sua gestão e controle. Mais do que essas deliberações, é fundamental que as conferências lutem pela criação de um Fundo da Seguridade Social para que os recursos sejam utilizados somente nas políticas que a compõem.

Mesmo com a constante luta das conferências em consolidar os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, qualidade e resolutividade dos serviços, integralidade e humanização da atenção, estes só podem ser viabilizados com: um modelo de financiamento forte, expresso em leis e atos normativos que garantam o

compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis, com agilidade no uso dos recursos; com sistemas de informação orientados para a sua transparência, possibilitando o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação; e, com recursos alocados prioritariamente na implementação de redes de serviços públicos para a substituição gradativa da contratação dos serviços privados.

Sendo assim, é fundamental reforçar a participação de toda a sociedade para que as conferências possam assumir efetivamente o papel que lhes cabe, de instância deliberativa, que suas deliberações estejam em consonância com os interesses e necessidades dos usuários, e que suas discussões priorizem a defesa pela consolidação da política de saúde como um direito universal e dever do Estado, pois só assim será possível a *“transformação de um direito legal em direito real, na busca da radicalização da democracia”*. (VASCONCELOS, 2002:31).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ATHIAS, Gabriela. CABRAL, Otávio. Lula fez menos investimentos e pagou mais dívida que FHC. **Folha de São Paulo, Folha Brasil**, São Paulo, 1 março. 2004. Disponível em: <http://www.agr.feis.unesp.br/fsp01032004a.php> Acesso em: 4 jun. 2007.

BOSCHETTI, Ivanete. SALVADOR, Evilásio. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.87, p.25-57, set. 2006.

BRASIL. **A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), 1998.

_____. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a Lei Orgânica da Saúde.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

_____. Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República/Câmara da Reforma do Estado, 1995.

_____. Resolução PR/INAMPS nº 258 de 07/01/91. Norma Operacional Básica 01/91. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Portaria MS nº 545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Portaria MS nº 2.203 de 05/11/1996. Norma Operacional Básica/SUS. Nº 01/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro de Matos. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A.P. (Orgs.) **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro, 2001. Cap.4, p.197-214.

BRAVO, Maria Inês Souza. A saúde no Brasil na década de 90 – projetos em disputa. **Superando desafios – Cadernos de Serviço Social do Hospital Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, UERJ, HUPE, Serviço Social, vol.1, n.1, 1996a.

_____. Política de Saúde no Brasil. **AAVV. Revista Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, ABEPSS/OPAS/OMS, p.01-24, jul. 2006.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. IX, 1992. Brasília. Relatório Final...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1993.

_____. X, 1996. Brasília. Relatório Final...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1998.

_____. XI, 2000. Brasília. Relatório Final...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2000.

_____. XII, 2003. Brasília. Relatório Final...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2004.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. **AAVV. Revista Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, ABEPSS/OPAS/OMS, p.01-29, jul. 2006.

LAURELL, Asa Cristina (Org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LESBAUPIN, Ivo. Governo Lula: o governo neoliberal que deu certo? Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.acaopopularsocialista.org.br/artigos/144.htm>
Acesso em: 4 jul. 2007.

LESBAUPIN, Ivo. MINEIRO, Adhemar. O desmonte do social. In: LESBAUPIN, Ivo. MINEIRO, Adhemar. **O desmonte da nação em dados**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Cap. IV, p. 39-61.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O sistema único de saúde: um processo social em construção**. São Paulo: 1992. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf Acesso em: 21 mar. 2007.

NETO, Eleutério Rodriguez. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. Incentivo à participação popular e controle social. Textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 176p.

_____. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPIN, Ivo (org.) **O desmonte da nação: balanço do governo FHC**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. Cap.4, p.75-90.

OLIVEIRA, Roberson de. Movimento militar aumenta concentração de renda no Brasil. **Folha de São Paulo**, São Paulo. Disponível em: <http://vestibular.uol.com.br/ultnot/resumos/ult2770u21.jhtm> Acesso em: 01 jul. 2007.

PAIVA, Beatriz. A timidez das políticas sociais no governo Lula: “Quando o fundo do poço tornou-se nossa morada”. Santa Catarina, 2006. Disponível em: <http://www.ola.cse.ufsc.br/especial/fsm/fsm04.pdf> Acesso em: 11 jun. 2007.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Minas Gerais, [2001?]. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf Acesso em: 2 fev. 2007.

REZENDE, Conceição. **A Reforma do Estado brasileiro e o SUS**. Minas Gerais, 1996. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/REFORMA1.htm> Acesso em: 3 mai. 2007.

SCHEFFER, Mario; BAHIA, Lúgia. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: HEIMANN, Luiza Sterman; IBANHES, Lauro Cesar; BARBOZA, Renato (co-org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2005. Cap.7, p.127-168.

SOARES, Laura Tavares. O público e o privado na análise da questão social brasileira. In: HEIMANN, Luiza Sterman; IBANHES, Lauro Cesar; BARBOZA, Renato (co-org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2005. Cap.3, p. 57-82.

SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho. Controle social em saúde e cidadania. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.74, p.68-84, jul. 2003.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. Participação e controle social. In: SALES, M.A, MATOS, M.C de, LEAL, M.C (orgs) **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004. Cap.1, p.167-187.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social – cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VELOSO, Talita de Souza. **Programa Saúde da Família: uma resposta à crise da saúde no Brasil?**2006. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VIANNA, Cid Manso De Mello Vianna. **Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.abres.cict.fiocruz.br/trabalhos/mesa2/2.pdf> Acesso em: 5 mar. 2007.

VIEIRA, Evaldo. Política econômica e política social. In: VIEIRA, Evaldo. **Democracia e política social**. São Paulo: Cortez, 1992. Cap. 2, p.15-26.

YAZBECK, Maria Carmelita. A política social brasileira nos anos 90: a refilantropização da questão social. **Cadernos ABONG**, São Paulo, n.11, p.7-18, out. 1995.

Hemerografia

www.saude.gov.br

www.wikipedia.com.br