

**ANAIS DO II COLÓQUIO DO LAHES:
MICRO HISTÓRIA E OS CAMINHOS DA
HISTÓRIA SOCIAL**

Comissão Organizadora:

Prof^a Dr^a Carla Maria Carvalho de Almeida (UFJF)

Prof^o Dr Cássio Fernandes (UFJF)

Prof^a Dr^a Mônica Ribeiro de Oliveira (UFJF)

Prof^a Dr^a Sônia Maria de Souza (UFJF)

Promoção:

Laboratório de História Econômica e Social

Programa de Pós-graduação em História da UFJF

Apoio:

Pró-Reitoria de Pesquisa

Instituto de Ciências Humanas

FAPEMIG

CAPES

Editoração:

Bianca Portes de Castro

Ficha Catalográfica:

II Colóquio do Laboratório de História Econômica e Social (2008: Juiz de Fora, MG). Micro História e os caminhos da História Social: Anais / II Colóquio do LAHES; Carla Maria Carvalho de Almeida, Mônica Ribeiro de Oliveira, Sônia Maria de Souza, Cássio Fernandes, organizadores. Juiz de Fora: Clio Edições, 2008, <http://www.lahes.ufjf.br>.

ISBN: 978-85-88532-29-8

1. História 2. História Econômica e Social. I. Carla Maria Carvalho de Almeida. II. Mônica Ribeiro de Oliveira. III. Sônia Maria de Souza. IV. Cássio Fernandes.

ATORES E TRAJETÓRIAS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Nittina Anna Araújo Bianchi Botaro*

Introdução

O artigo que hora se apresenta é fruto dos resultados parciais da pesquisa coordenada pelo professor Ignacio José Godinho Delgado, intitulada por “Atores e Trajetória da Política de Saúde no Brasil”. Seu recorte temporal abarca o período que vai de 1988 - momento central para o sistema de saúde brasileiro - até os dias atuais. O projeto faz parte da linha de estudo "Sociedade, Estado e Saúde no Brasil: trajetória da política, percepção dos usuários e realidade das chances de saúde", integrada por Eduardo Condé, José Alcides Figueiredo, Helena Salles Motta e Ignacio Godinho Delgado, no âmbito do projeto mais abrangente "Estado e Sociedade: Entre a Cidadania e a Exclusão", coordenado por Cláudia Viscardi, do Departamento de História da UFJF. Tal projeto busca fortalecer o Grupo de Pesquisa "Cidadania, Trabalho e Exclusão". Seu objetivo é a análise da participação de atores como os hospitais privados e as associações médicas na definição dos rumos da política de saúde brasileira de 1988 à 2008.

Metodologia

O projeto busca analisar os atores e suas respectivas arenas na formulação da estrutura do Sistema Único de Saúde brasileiro. Pretende-se apurar o papel desempenhado pela categoria profissional dos médicos e provedores privados de serviços de saúde na definição dos rumos tomados pela política brasileira de saúde desde a Carta de 1988 até os dias atuais. Para tanto, traçaremos uma análise que privilegia as coalizões¹ firmadas entre diversos atores

* Graduanda do curso de História da Universidade Federal de Juiz de Fora- MG e bolsista da mesma instituição (BIC-UFJF). E-mail: nittina.bianchi@hotmail.com.

¹ DE SWAAN, Abram. (1988), In care of the state. Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era. Cambridge, Polity Press

sociais, os recursos de poder de que podem dispor e as arenas de formulação e decisão sobre a política em tela.²

A pesquisa tem como foco uma das dimensões possíveis da relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro, a saber, a atuação de médicos e hospitais privados para influenciar os rumos da política de saúde brasileira³. Vai, portanto, identificar as proposições deste atores e analisar sua presença – ou não – nas arenas que se constituem para formulação e execução da política de saúde no Brasil desde 1988.

No limite, o projeto a que este trabalho se vincula, vai debruçar-se sobre a documentação da Câmara dos Deputados e do Senado relativa a dois temas básicos: a definição da Lei Orgânica de Saúde, entre 1988 e 1992, e a regulamentação do setor de saúde suplementar, ao final da década de 1990. As atas do Conselho Nacional de Saúde e da Agência Nacional de Saúde e as publicações da Associação Médica Brasileira, Federação Brasileira de Hospitais e da Associação Nacional de Hospitais Privados completarão o universo de documentação a ser pesquisado, de modo a perceber como médicos e provedores privados avaliam o andamento da política nacional de saúde – basicamente através das NOBs - e de suas arenas decisórias, bem como o juízo que nestas se forma sobre seu próprio significado.

Neste momento da pesquisa, completamos a leitura das atas do Conselho Nacional de Saúde, no período de 1992 a 2008, junto a uma análise preliminar da Lei Orgânica de Saúde e das Normas Operacionais Básicas.

Conselho Nacional de Saúde

Antes de apresentarmos os resultados coletados mediante o estudo das atas do Conselho Nacional de Saúde, faz-se necessário uma pequena contextualização sobre o

²DELGADO, Ignácio Godinho. Previdência social e mercado no Brasil. São Paulo, LTr, 2001. e IMMERGUT, E.M., 1992. Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe. Cambridge University Press e DE SWAAN, Abram. (1988), In care of the state. Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era. Cambridge, Polity Press.

³Um balanço extremamente detalhado pode ser encontrado nos artigos presentes em: SCOREL, S. NASCIMENTO, D. R., EDLER, F. C. *As Origens da Reforma Sanitária e do SUS*. In: LIMA, N. T., GERSCHMAN, S. EDLER, F. e SUAREZ, J. M (org) (2005) **Saúde e Democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ

surgimento do Conselho e o papel que o mesmo cumpriu/cumpe ao longo da História da saúde brasileira.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi instituído pela Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, para cumprir a função de um órgão consultivo do Ministério da Saúde, cujos membros eram indicados pelo Ministro de Estado e debatia apenas questões internas. Com a separação do Ministério da Saúde e da Educação, o CNS foi regulamentado pelo Decreto 34.347, de 8 de abril de 1954, com a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. Nos anos 60, o Conselho teria a finalidade de assistir o Ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta. Sob a efervescência dos anos de 1970, sobretudo devido ao movimento sanitário, o Conselho Nacional da Saúde conquistou a tarefa de realizar a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação.

A Carta de 1988 garantiu ao Conselho o caráter de um órgão colegiado com representação de diversos setores da sociedade, e poder deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, definido pela Lei Federal 8.142/90, em seu segundo parágrafo.⁴

Essa breve apresentação já nos permite entender a dinâmica do Conselho, as suas obrigações e também - o que será muito útil mais adiante - o porquê dos conselheiros se manifestaram constantemente desprestigiando pelo Executivo.

Pois bem, ao nos determos nas atas do Conselho Nacional de Saúde, salta aos nossos olhos três temáticas fundamentais: são elas, a regulamentação dos planos suplementares, a discussão em torno da Lei Orgânica e por fim a dificuldade de implementação das Normas Operacionais Básicas (NOBs).

Sobre a primeira temática, é nítida a preocupação dos conselheiros sobre a regulamentação do setor suplementar, sobretudo, com a falta de tempo hábil para o Conselho discutir e emitir propostas ao Ministério da Saúde. A rapidez com que tramitaram as medidas pela Câmara impediu que os membros viabilizassem estudos completos sobre o projeto, e mesmo quando se chegou a algumas conclusões, foram poucas as resoluções acatadas pelo Executivo. Somado a esse panorama, ocorria também a aprovação de medidas nas Câmaras sem uma análise previa dos conselheiros, fatos que desrespeitavam uma das competências do

⁴ CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE, disponível em: <http://conselho.saude.gob.br/>, acessado no ano de 2008.

órgão, alcançada na Constituição de 1988 – a de formular estratégias e controlar a execução das políticas de saúde.

Outro item debatido, que fez parte do contexto da regulamentação dos planos de saúde, era a intenção do MS em permitir a entrada do capital estrangeiro no setor, po que implicaria a transferência das funções do Conselho Nacional de Saúde ao Conselho Nacional de Seguros Privados. Ademais, alguns conselheiros demonstraram apreensão com a tradicional incapacidade do Estado brasileiro em regular as atividades do setor privado na área de saúde.

A conselheira Elizabete Vieira Matheus da Silva, representante da Central Única de Trabalhadores (CUT) no CNS, registrou em ata de número 66, do ano de 1997, “o seu protesto e indignação pela forma como o MS está tratando o CNS“. Em tom bastante parecido, em mesma ata, o conselheiro Oswaldo Lourenço, membro da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas, apontou as medidas aprovadas pelo Executivo como privatistas e um golpe para o CNS, e protestou contra o descaso com que as autoridades federais vêm tratando o CNS.

Considerando os debates realizados sobre a Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde, resolve: Protestar contra a maneira com que a atual direção do Ministério da Saúde vem tratando a questão da Regulamentação dos Planos de Saúde. Recentemente encaminhou ao Congresso Nacional, na pessoa do Relator de Comissão Deputado Pinheiro Landim, Proposta de Lei de regulamentação da matéria. O Conselho Nacional de Saúde não pode ser desautorizado ou desprestigiado pois seu papel legal não é o de apenas “ser participado” das decisões tomadas pelo Ministro, mas ter parte ativa nas resoluções após sua discussão e deliberação, principalmente quando o próprio Conselho Nacional de Saúde já havia discutido e aprovado uma proposta sobre o assunto. Diante disto: a) Reafirmamos a proposta de regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde, aprovada anteriormente na plenária do Conselho Nacional de Saúde; b) Designamos uma comissão de Conselheiros para expor ao Deputado Pinheiro Landim e outros Deputados da comissão a posição do Conselho; c) Defenderemos a proposta do Conselho junto aos parlamentares e líderes, à época da votação⁵

Na ata de número 64, do ano de 1997, o conselheiro Júlio de Albuquerque Bierrenbach, representante de seguros privados, chamou a atenção para a participação da iniciativa privada no setor saúde, ressaltando que a contribuição da área se dava de forma desigual nos diversos programas de saúde e que, portanto, o Ministério da Saúde deveria estar atento a esse fato para não se frustrar em suas pretensões de parceria com o empresariado do setor de saúde.

Em última instância, questionou-se se o Sistema Supletivo era alternativo ou

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional da Saúde, ata da reunião realizada quatro e cinco de junho de 1997. p 7.

complementar ao SUS. Na ata de número 69, do ano de 1997, o Deputado Humberto Costa titular da Comissão de Seguridade e Família, lembrou dos problemas acumulados ao longo do tempo, a saber:

1.a indiferença do governo com o assunto; 2. a comissão especial que se formou é composta por parlamentares que representavam o “lobby” dos planos e seguros de saúde; 3. o projeto apresentado pelo governo que não tem preocupação de garantir o direito do consumidor; 4. a intenção do governo de acabar com a universalidade do SUS (para viabilizar a universalidade, entende que o Governo precise criar uma rede de alternativa privada de atendimento, ficando o SUS com a demanda dos miseráveis); 5. o objetivo do governo de legitimar algumas práticas já existentes como a proposta da criação de fundo de alta complexidade, que viria a isentar os planos da cobertura desse tipo de atendimento; 6. os defensores do SUS que tratam o assunto de forma secundária e entendem que a principal atribuição é a defesa do sistema público, e que não consideram os quarenta milhões de brasileiros atendidos pelos planos de saúde. Assim, o descaso com o sistema público, na opinião do Deputado, fez com que ocorresse uma verdadeira contra-reforma na saúde, sendo instituído o sistema cartorial dos planos e seguros de saúde. Lembrou ainda, que nesse processo de exclusão, quem assume o ônus dos excludentes é o governo. (...) Diante do exposto, enfatizou que a regulamentação dessa matéria precisará levar em consideração o grande contingente de usuários para que não sejam marginalizados no sistema. (...) “saúde é um bem de relevância pública”. Deputado Humberto Costa enfatizou que a proposta que defende é possível de ser negociada e permaneceu na defesa da tese de que saúde “é um direito do cidadão e um dever do Estado”.⁶

No que tange a regulamentação da Lei Orgânica de Saúde, além do item referente às obrigações e aos direitos do Conselho Nacional de Saúde, já abordado, ganham destaque os pormenores financeiros. Nota-se a insatisfação dos membros com a retirada de outras fontes que historicamente financiaram a saúde devido ao início da arrecadação da CPMF. Somada a isso, a enorme dificuldade dos parlamentares de viabilizarem uma receita fixa para o setor da saúde pública brasileira, que hoje – ainda não aprovada - tramita com o nome de Emenda Constitucional nº 29, a qual vincula os investimentos públicos no setor à variação do PIB.

Conforme os conselheiros, a introdução da CPMF foi comemorada como um recurso a mais para a saúde. Contudo, na prática o ano de 1997 demonstrou o que estaria por trás da proposta do Governo: introdução da CPMF e em seguida a retirada de outras fontes que historicamente financiaram a saúde. O Déficit da Previdência vem sendo coberto com a utilização das contribuições para o financiamento da Seguridade Social (basicamente COFINS e CSSL), em detrimento dos gastos com outros itens da Seguridade Social, a saber, Saúde e Assistência Social.

A Deputada Jandira Feghali, na ata de número 63, do ano de 1997, buscou mostrar que a concepção orçamentária que vem se delineando e se consolidando na política

⁶ idem, ata da reunião realizada nos dias três e quatro de setembro de 1997, p. 2-4.

*do Governo Federal é uma política de redução de orçamento para políticas sociais, de rejeição às políticas de vinculação orçamentária e de um crescimento monstruoso dos recursos orçamentários para sustentação dos encargos financeiros, de sustentação do capital financeiro.*⁷

Disse ainda, que o CNS tinha um papel fundamental ao definir o perfil da Pec 169, apontou que o CNS não poderia aceitar que a PEC 169 fosse aprovada com desvinculação dos recursos federais e apenas colocando a responsabilidade nos Estados e municípios. A deputada ressaltou, também, que a questão do financiamento era um problema político de direito social, de direito da universalidade conquistada no texto constitucional.

Diante do contínuo trabalho do Conselho em viabilizar resoluções favoráveis ao aumento e fixação da receita da saúde pública ao PIB; o Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, informou ao CNS que o SUS deveria interromper com suas premissas fundamentais e legais, a saber: universalidade e gratuidade devido a falta de recursos. A repercussão no Conselho Nacional da Saúde foi imediata e negativa sobre o futuro do SUS. E foi necessário que o Ministro Carlos Albuquerque fosse a reunião do Conselho e ressaltasse que não se propunha, praticamente, nenhuma alteração legal. Não era preciso, portanto, tirar a universalização, a equidade, a integralidade, para que se pudesse exercer e melhorar a qualidade e a dignidade da assistência à saúde como um todo.⁸

A aprovação, inicialmente da Proposta de Emenda Constitucional 169, e posteriormente da Emenda Constitucional 29, ambos instrumentos de mesmo objetivo - a fixação de uma receita para saúde - foi mote presente em quase todas as reuniões do Conselho. É recorrente a preocupação e a mobilização dos conselheiros para a aprovação dessa emenda. O Conselho Nacional de Saúde, preocupou-se/preocupa-se em organizar grupos de trabalhos, dias de mobilização junto a sociedade, e presenciar reuniões na Câmara e no Senado para fazer cumprir seu papel deliberativo, representativo e fiscalizador.

No último ponto analisado pela pesquisa, as Normas Operacionais Básicas, verificamos que a sua aplicabilidade foi prejudicada, sobretudo, pela falta de recursos disponíveis. Segundo o Dr. Álvaro Machado, responsável pela Secretaria de Políticas de Saúde de Mato Grosso do Sul, a realidade é que não há ainda recursos totais previstos para implantação da NOB/96. O Conselheiro Eurípedes Balsanufu Carvalho, mestre em Saúde Coletiva e conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) enfatizou que a situação em sua opinião é muito mais séria do que se possa imaginar.

⁷ Ibidem, ata realizada no dia cinco e seis dias do mês de março de 1997. p 3 e 4.

⁸ Idem, ata da reunião realizada cinco e seis dias do mês de março de 1997, p 5 e 6.

Analisa, portanto, a política proposta pelo governo, sob dois aspectos: **a)** PEC-196, ainda não aprovada por falta de recursos;

***b)** Regulamentação dos Planos de Saúde, pois neste caso, há um investimento de cerca de 18 bilhões de reais, o dobro de que o Governo Federal investe no setor, e no caso específico dos Planos Privados, para atendimento a somente 25% da população. Pergunta então, qual a política do governo? Será a de implementar o setor privado?. Disse, também, não entender como a administração do MS aceita intervenções desse quilate, sem tampouco receber os recursos da CPMF a contento. Enfim, recebe-se o calote da equipe econômica, havendo “tolerância elegante” por parte do Ministro da Saúde⁹*

Conselheiro Oswaldo Lourenço, representante da associação de aposentados, em seu depoimento demonstrou também preocupação quanto à falta de recursos para aplicação na área da saúde e na implantação da NOB/96. Conselheiro Gilson Cantarino O’Dwyer, membro do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), colocou sua dúvida com relação a abertura de crédito para operacionalização da NOB, tendo em vista que, a grande dificuldade de fechamento de receitas.

Além disso, outro ponto tratado pelos conselheiros como prejudicial foi a tendência da gestão pública ser confundida com a execução estatal, conduzindo os gestores a desempenhar unicamente o papel de prestador de serviços. Dr. Seixas reforçou que o objetivo da NOB é a gestão, apesar do documento abordar aspectos operacionais, visando enquadramento político no processo.

Conclusão

Por ora, percebemos que a instância, defendida para ser o organismo de formulação e acompanhamento da política da saúde brasileira, sente-se permanentemente desprestigiada pelas iniciativas do Executivo - seja pela ausência de seus representantes na arena do Conselho Nacional da Saúde, seja pelo descrédito dado às resoluções do órgão. Por sua vez, observa-se também um relativo alheamento do setor privado nas atividades do Conselho. Diante desse panorama, as Conferências Nacionais de Saúde tem um papel essencial, isto é, é mais um locus de discussão do problemas vigentes da saúde. Ademais, grupos de trabalhos e Comissões especiais são instituídos continuamente com o objetivo de criar ferramentas para

⁹ Ibidem, trinta de setembro e primeiro de outubro de 1997, p. 13.

enfrentar tantos obstáculos. No curso da pesquisa importa identificar através de que canais, face ao alheamento indicado acima, os provedores privados e associações médicas relacionam-se com os gestores da área de saúde.

Bibliografica

DE SWAAN, Abram. (1988), **In care of the state. Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era**. Cambridge, Polity Press

DELGADO, Ignácio Godinho. **Previdência social e mercado no Brasil**. São Paulo, LTr, 2001.

IMMERGUT, E.M., 1992. **Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe**. Cambridge University Press e DE SWAAN, Abram. (1988), **In care of the state. Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era**. Cambridge, Polity Press.

LIMA, N. T., GERSCHMAN, S. EDLER, F. e SUAREZ, J. M (org). (2005) **Saúde e Democracia no Brasil**.Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Sites usados

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE, disponível em: <http://conselho.saude.gob.br/>, acessado no ano de 2008.