

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO EMPRESARIAL DA SAÚDE

JAQUES PERTILE

**ANÁLISE DA GESTÃO PÚBLICA FEDERAL COM RELAÇÃO A POLÍTICA DE
SAÚDE BRASILEIRA**

CURITIBA

2016

JAQUES PERTILE

**ANÁLISE DA GESTÃO PÚBLICA FEDERAL COM RELAÇÃO A POLÍTICA DE
SAÚDE BRASILEIRA**

Trabalho apresentado como requisito de avaliação para obtenção de nota no curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Gestão Empresarial da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Orientadora: Profa. Luiza Helena Giraud
Borges

CURITIBA

2016

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	JUSTIFICATIVA.....	6
3	OBJETIVO.....	6
4	METODOLOGIA.....	6
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	7
5.1	POLÍTICA DE SAÚDE – GOVERNO FHC.....	9
5.2	POLÍTICA DE SAÚDE – GOVERNO LULA.....	13
5.3	POLÍTICA DE SAÚDE – GOVERNO DILMA ROUSSEFF.....	16
6	DISCUSSÃO.....	19
7	CONCLUSÃO.....	21
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

ANÁLISE DA GESTÃO PÚBLICA FEDERAL COM RELAÇÃO À POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

RESUMO

Durante o período eleitoral, o que os candidatos (seja de cunho municipal, estadual ou federal) mais prometem durante suas campanhas é sem dúvidas, realizar melhorias na questão de saúde pública, e mais especificamente, realizar modificações no Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, vai ano, vem ano, troca-se o governo, as promessas continuam, e as tais mudanças nunca chegam. Por esse motivo, essa revisão de literatura tem como objetivo, comparar os governos FHC, Lula e Dilma, quanto a suas decisões relacionadas a saúde pública e ao SUS. Foi percebido nesse estudo, que apesar das promessas, o que foi observado nos últimos 22 anos, é que o sistema de saúde permanece precário, e os investimentos estão sendo reduzidos a cada dia.

Palavra-chave: Política de saúde pública, SUS, FHC, Lula, Dilma.

ABSTRACT

During the election period, the candidates (whether municipal, state or federal nature) more promise during their campaigns is undoubtedly make improvements in public health issue, and more specifically, make changes to the Unified Health System (SUS) however, it will year, next year, return to the government, the promises continue, and such changes never arrive. For this reason, this literature review aims to compare the FHC, Lula and Dilma governments, as their decisions related to public health and the SUS. It was perceived in this study, despite the promises, which was observed in the last 22 years is that the health system remains precarious, and investments are being reduced every day.

Keyword: Public health policy, SUS, FHC, Lula, Dilma.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a política de saúde sempre teve uma racionalidade fragmentada, em geral, centralizada no indivíduo, onde a lógica dos interesses privados, estava presente. Entretanto, com a crise do regime ditatorial e a mobilização dos trabalhadores da saúde, juntamente com as demais organizações do movimento popular e sindical, em torno de um projeto de reforma sanitária, foi possível inserir na Constituição de 1988, esse novo projeto de saúde pública, universal e democrática, que é o SUS (Sistema Único de Saúde). O SUS, está pautado em uma racionalidade político-emancipatória, e foi idealizado como proposta de ruptura com a racionalidade burocrática anterior na política de saúde. E para isso, esse projeto foi concentrado nas ações de assistência à saúde, de prevenção e promoção à saúde, permitindo a participação social por meio do controle social, as ações de educação e saúde, entre outros (SOARES, 2014).

Contudo, a contrarreforma deteve o início da implantação do SUS segundo seu marco legal original. Desde o governo Collor, de maneira mais intensiva no governo Fernando Henrique Cardoso, superior no governo Lula (SOARES, 2014), e com um ligeiro aumento na gestão Dilma Rousseff.

Os problemas e contradições do SUS são conferidos às questões de esfera administrativo/gerencial e de gestão, daí gerando todo o discurso justificador das Parcerias Público-Privadas para administrar a saúde, criando as possibilidades reais do usufruto direto do fundo público pela lógica privada (SOARES, 2014).

Todas essas atuais configurações têm impactos nas práticas sociais na saúde pública. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é analisar o empenho dos últimos três governos federais, com relação a política de saúde pública, mais especificamente o SUS.

2. JUSTIFICATIVA

É notável que acontece um descaso com as políticas públicas de saúde no Brasil. Independente do governo, não é observada a dedicação, empenho e investimentos necessários para suprir a demanda da população nesse quesito.

Dessa forma, pretende-se avaliar os diferentes projetos relacionados a área da saúde, realizados nos últimos três governos da esfera federal, - FHC, Lula e Dilma Rousseff, - com o intuito de identificar quais desses projetos realmente tiveram significância para a população brasileira.

3. OBJETIVO

O objetivo desse estudo é comparar os modelos de gestão pública federal dos últimos três governos, quanto a política de saúde pública, mais especificamente relacionado ao SUS.

Verificando dessa forma, qual a real importância foi dada nesse setor, considerado tão carente de atenção e investimentos.

4. METODOLOGIA

Para a realização desse estudo, foi realizado um levantamento bibliográfico, utilizando base de dados com SCIELO, BIREME e periódicos CAPES.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A partir da Constituição de 1988, inicia-se uma série de movimentos e embates políticos e ideológicos que culminaram uma série de atos administrativos, principalmente no que se refere aos poderes executivos e legislativos, com o objetivo de dar normas e diretrizes ao Movimento de Reforma do Setor de Saúde. Os primeiros atos foram de caráter normativo e de regulação do sistema, baseado nas Leis 8080 e 8142 de 1990 (BRASIL, 1990).

A primeira gerando e dispondo sobre a organização e funcionamento do SUS no Brasil, e a outra dispondo do Controle Social do Sistema, com a criação oficial das Conferências de Saúde e Conselho de Saúde em cada nível da organização do poder executivo no Brasil, bem como a questão dos repasses dos recursos financeiros entre os níveis de governo, devido as dificuldades que se tinham para regulamentar os termos do artigo 35 da Lei 8080-1990 (BRASIL, 1990).

A partir daí, fazendo uma análise dos atos e normas editadas sobre o SUS, com o objetivo de compreender a direção política para sua implantação. Assim, o embate e a discussão do Movimento em curso para a implantação do SUS, foi em sua grande maioria, atos administrativos pautados com esta preocupação (SANTOS, 1990).

As diretrizes a serem seguidas pelo Estado foram delineadas, estabelecendo a obrigação de garantir acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Os princípios do SUS são estabelecidos no artigo 7º:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (BRASIL, 1990).

O artigo determina, ainda, em seu inciso IX, a divisão administrativa descentralizada, regionalizada e hierarquizada das ações e serviços de saúde. Por outro lado, constitui a integração, em nível executivo e a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três esferas.

Na divisão de atribuições cabe aos Municípios a execução de ações e serviços de menor complexidade, aos Estados os de média e alta complexidade e à União as de alta complexidade. A lógica do financiamento não segue o mesmo raciocínio, fundamentada na complexidade das ações o repasse de verbas destinadas segue critérios como a densidade populacional e a arrecadação tributária. Este modelo muitas vezes gera discrepâncias que tornam inviáveis ou ineficazes políticas públicas de saúde. Isto pode acontecer com Municípios que funcionam como polos regionais, nos quais o Estado atua custeando ações e serviços de alta complexidade, e ainda precisam custear os serviços de pequena complexidade que são obrigatórios para a esfera municipal (GANDINI, et al., 2008).

Ainda com relação ao custeio das ações de saúde, é fácil notar que a legislação esperava formar uma solidariedade entre os entes federados, a portaria 698/GM, de 30 de maio de 2006, “define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS [...]” (BRASIL, 2006).

Com relação ao fornecimento de medicamentos, o SUS representa uma política pública cujo princípio fundamental é a consagração da saúde como um direito universal. É necessária uma reforma do Estado no sentido de efetivação deste direito, e para isto, exige-se que o governo estabeleça políticas com o intuito de desmercantilizar a saúde, com estímulo de maneiras não lucrativas de assistência (ELLIAS, 2004).

A equidade e a integralidade são princípios doutrinários do SUS. A equidade é um conceito de justiça social, com o objetivo de reduzir as desigualdades, direcionando os investimentos e ações para as maiores necessidades da população. A integralidade tem dois significados: considerar a pessoa na sua totalidade e a articulação da saúde com outras políticas públicas (CUNHA; CUNHA, 1998).

A justiça social é o comprometimento de tratamento igualitário, em relação ao Estado, é a obrigação de uma justa distribuição das verbas para saúde, não significando que precise ser oferecido o mesmo tratamento a todos, pois as condições

clínicas e sociais são diferentes, mas deve permitir a adesão a alguns dados objetivos, como o valor da vida e o respeito a uma proporcionalidade das intervenções (SGRECCIA, 2002).

Um conceito de equidade indica que: “pessoas diferentes necessitariam ter acesso a recursos de saúde satisfatórios para suas necessidades de saúde e que o nível de saúde observado entre pessoas diferentes, não precisa ser influenciado por fatores além do seu controle.” (LUCCHESI, 2003).

Uma das primeiras interpretações de equidade, que resulta do pensamento aristotélico, compreende que as pessoas iguais precisariam ser tratadas igualmente e as desiguais deveriam ser tratadas desigualmente, segundo o princípio da proporcionalidade natural. A caracterização seria encaminhada pelo merecimento da pessoa frente à sociedade. Equidade em saúde é entendida como a diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, tendo necessidades distintas. Assim sendo, uma ação conduzida pela equidade deveria gerar a cada pessoa a satisfação de suas necessidades, que são diferenciadas (FORTES, 2008).

A equidade é um conceito ético baseado no princípio da justiça distributiva. A equidade em saúde demonstra uma preocupação em restringir as desigualdades de oportunidades em ser saudável associadas ao fato de se fazer parte de grupos sociais vulneráveis. Em termos práticos, buscar a igualdade em saúde significa extinguir diferenças de saúde que são associadas a desvantagens sociais ou à marginalização, eliminando as disparidades e até certo ponto, amortecendo os efeitos prejudiciais à saúde (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003).

5.1 POLÍTICA DE SAÚDE – GOVERNO FHC

A política social proposta pelo governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi definida de modo ambicioso e exibida sob uma armação complexa. Seus princípios, objetivos e prioridades foram apresentados ao público em março de 1996, em documento intitulado *Uma estratégia de desenvolvimento social*, manifestando opiniões e propostas decantadas há catorze meses de começado o governo. Ali se exhibe um

denso e sofisticado programa social, determinado nos termos mais gerais de um sistema nacional de proteção social e referido, de modo explícito e nada ingênuo, às principais demandas que já centralizavam, na época, o debate e, a forte crítica sobre a natureza e os limites da política social do governo (DRAIBE, 2003).

A reforma sanitária foi a grande vitoriosa no primeiro ciclo de reformas. Estimulada por forte movimento social, ganhou seus contornos definitivos na Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), apoiado no direito universal da população à saúde. A sua implantação, na década de 1990, revelou-se também um processo evidente de construção institucional, de criação de capacidades administrativas, gerenciais e de prestação dos serviços de saúde, em todo o país e, principalmente, em suas regiões mais pobres (DRAIBE, 2003).

O amplo e heterogêneo leque de inovações aconteceu sobre quase todas as dimensões do sistema nacional de saúde, por meio de ações e medidas que podem ser agrupadas em seis eixos:

- Financiamento, sistema de transferências e subsídios monetários: diversificação/ampliação das fontes (criação de CPMF, em 1996); redistribuição de recursos em benefício da atenção básica; introdução do *per capita* individual entre os parâmetros de transferência intergovernamental; vinculação dos recursos para a saúde (PEC, 2000); transferência monetária às famílias com risco nutricional (Bolsa-Alimentação, em 2001).

- Autonomização e descentralização da gestão e do gasto: redefinição das modalidades de descentralização e enquadramento dos municípios (NOB 96).

- Diversificação do modelo de assistência e focalização das ações básicas à população carente: Programa Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde; Piso de Assistência Básica.

- Programas prioritários: Combate à Mortalidade Infantil e Saúde da Mulher.
- Reorganização do aparato regulatório do Estado.
- Modernização dos sistemas de regulação e controles (agências nacionais).

A orientação descentralizante, expressando quem sabe a prioridade pela modalidade municipalista, está registrada em muitas das medidas e eixos e ainda nos resultados, por meio da aceleração da municipalização ocorrida de 1996 em diante.

A introdução de orientações redistributivas e de reforço das ações de maior impacto social podem ser lidas, em boa medida, nos novos programas. Em primeiro lugar, o Piso de Atenção Básica (PAB), iniciado em 1997, por meio do qual duas inovações importantes foram introduzidas no SUS. Primeiro, o reforço explícito das ações básicas e preventivas de saúde, sem dúvida uma orientação focalizante que, além de se constituir no interior do sistema universal, não foi exibida nem se praticou como substituição ou restrição das ações voltadas para outros níveis da assistência. Segundo, porque introduziu um mecanismo redistributivo, em termos de recursos, por meio da fixação de um piso mínimo nacional, definido como um *per capita* por habitante/ano. Ou seja, na atenção básica, foi substituída pelo tradicional critério de oferta de serviços (repasse de recursos de acordo com o número de pessoas atendidas) pelo critério da demanda (repasse de acordo com o número de habitantes). Reforçou-se, desse modo, a redistributividade do gasto regional e entre municípios, ampliando os impactos do SUS nos municípios pobres e desprovidos de serviços, por isso mesmo não atendidos pelo critério anterior (NEPP, 2000).

Ainda no primeiro mandato presidencial, a mais forte inovação programática e de concepção corresponde ao Programa Saúde da Família (PSF), que veio juntar e expandir um programa ainda incipiente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACCS)¹. Os resultados do PSF são mais gerais, como persistem muitos especialistas, pois, além do reforço das ações básicas e da focalização nas famílias e áreas mais carentes, teve efeitos institucionais importantes: em certa medida, tratou-se de uma *mudança do modelo assistencial*, pela introdução de dois novos princípios ordenadores da atenção primária: a *descrição territorial da clientela*² e a *unidade familiar* como unidade de referência³ (DRAIBE, 2003).

1. Para a descrição e a avaliação do PACS e do PSF, ver, especialmente, Oliva Augusto e Costa (1999); Vianna e Dal Poz (1998).

2. A unidade de saúde da família refere-se a um território delimitado, cada equipe assumindo uma área de residência de seiscentas a mil famílias, variação que leva em conta as diversidades regionais.

3. O crescimento do PSF foi significativo: entre 1996 e 2000, as equipes de saúde aumentaram de dois mil para 7.981; os agentes de saúde, de 34 mil para 128 mil, e a população coberta, de 22 milhões para seiscentos milhões.

O reforço financeiro do SUS, por meio da definição de suas fontes de receita, foi o objetivo de duas medidas importantes. Em primeiro lugar, a instituição de uma fonte de receita, com a criação da CPMF, de natureza provisória, mas desde então renovada. Em segundo, o estabelecimento, mediante emenda constitucional de 2000, da vinculação de receitas municipais e estaduais ao gasto com saúde, e a determinação do parâmetro de aumento do gasto da União⁴. A gradativa implementação da medida não evitou que seus efeitos positivos sobre o gasto com saúde já se manifestassem nos anos imediatos à promulgação da lei. Se a vinculação não resolveu definitivamente a questão de insuficiência de recursos (MARQUES; MENDES, 2000), a fixação e a preservação de receitas mínimas para a área responderam a um dos mais fortes problemas enfrentados pelo SUS, resolvido apenas parcialmente com a criação da CPMF. Nesse plano, sem dúvida o sistema público de saúde, no seu todo, saiu fortalecido (DRAIBE, 2003).

Reforço que pode ser lido, também, nas medidas que tenderam a atualizar os códigos e os sistemas de regulação e controle público sobre a cota privada dos serviços médico-sanitários. O amplo, forte e diversificado mercado privado de saúde conviveu historicamente com um sistema de normas e instituições bastante fraco e tradicional, de baixa capacidade tanto para disciplinar a provisão privada como para garantir os direitos dos consumidores. Com a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) e o reforço da Vigilância Sanitária, no primeiro mandato, dotou-se o país de um sistema regulatório novo, que, em vários momentos, demonstrou uma grande capacidade de ação, como foram os episódios de regulamentação dos preços dos medicamentos, do enfrentamento da indústria do tabaco e, sobretudo, do controle do mercado privado de seguros de saúde⁵ (DRAIBE, 2003).

4. A Emenda Constitucional n. 29, de 2000, estabeleceu para o gasto com saúde a vinculação de no mínimo 12%, no caso dos estados, e 15%, no caso dos municípios. No caso da União, determinou-se a elevação do gasto em 5%, em relação ao ano de 1999, com base na variação do PIB. A implementação foi gradativa, tais patamares devendo ser atingidos em 2004.

5. A Lei n. 9.656 de 1998 regulamentou os *seguros privados*, trazendo entre suas inovações a extensão da cobertura do risco para tratamentos de enfermidades crônico-degenerativas e Aids e a exigência de contrapartida financeira das seguradoras, quando seus segurados utilizam serviços públicos de saúde.

Em 2001, outra inovação modificou o programa de combate à mortalidade infantil no Programa Bolsa-Alimentação, agora sob a forma de transferência monetária direta às famílias com filhos pequenos em risco nutricional. Certamente, as inovações e as mudanças realizadas não foram extenuantes nem suficientes para encarar as dificuldades e completar o aperfeiçoamento do SUS. Também não a gestão da política, no período referido, conseguiu enfrentar um dos gargalos que afeta o sistema desde o seu início, qual seja, a implantação incompleta das redes intermediárias e básicas de serviço, o que sobrecarrega o sistema hospitalar (DRAIBE, 2003).

5.2 POLÍTICA DE SAÚDE – GOVERNO LULA

A busca do SUS por recursos já vem de longa data, onde seu primeiro choque foi em 1993, quando 15,5% da arrecadação da contribuição de empregados e empregadores, previstos no orçamento da União, não foram repassados para o Ministério da Saúde (MS), obrigando-o a realizar um empréstimo junto ao Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT). A isso se acompanharam várias outras situações semelhantes, tornando duvidoso o orçamento da saúde pública (MEDICI, et al., 1994).

Acreditava-se que essa situação de incerteza fosse modificada pelo governo Lula, pois toda a agenda do SUS foi praticamente reproduzida na parte relativa à política de saúde do documento Programa de Governo 2002. Apesar das expectativas, o contrário ocorreu. O empenho em alcançar um superávit primário superior ao acertado com o Fundo Monetário Internacional (FMI) provocou constantes tentativas (vitoriosas ou não) de amortizar a disponibilidade de recursos para o orçamento da saúde pública (MARQUES; MENDES, 2006).

No primeiro ano do mandato de Lula (2003), durante as negociações de sua proposta de reforma tributária, representantes do governo defenderam a aplicação de mecanismos semelhantes à Desvinculação das Receitas da União (DRU) para os estados e municípios, o que, segundo estimativa da Comissão de Orçamento e

Finanças do CNS, provocaria uma diminuição de recursos para a saúde de R\$ 3 bilhões em nível dos estados e de R\$ 2,5 bilhões em nível dos municípios, caso a desvinculação de 20% fosse aplicada à arrecadação prevista para 2003. Diante da oposição manifestada, essa proposta foi retirada do âmbito do projeto do executivo (MARQUES; MENDES, 2005).

Essa proposta fazia parte de uma estratégia mais ampla, pois ao final de 2003, o Governo Federal encaminhou um documento referente ao novo acordo com o FMI, notificando sua intenção em aprontar um estudo sobre as implicações das vinculações constitucionais das despesas sociais – saúde e educação – sobre as receitas dos orçamentos da União, dos estados ou dos municípios. A justificativa amparava-se na ideia de que a flexibilização da alocação dos recursos públicos poderia assegurar uma trajetória de crescimento ao país (BRASIL, 2004). No âmbito do SUS, a intenção do governo era tirar do Ministério da Saúde a obrigação de gastar, em relação ao ano anterior, valor igual acrescido da variação nominal do PIB; dos estados, 12% de sua receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais; e, dos municípios, 15%, tal como define a EC 29 (MARQUES; MENDES, 2005).

Uma segunda investida do governo Lula contra a saúde manifestou-se no descumprimento da Proposta Orçamentária 2004 do MS. Em 31 de julho de 2003, a Saúde foi surpreendida com o veto presidencial ao parágrafo 2, do artigo 59 da Lei das Diretrizes Orçamentária (LDO) 2004. Por meio deste ato, seriam consideradas como ações e serviços públicos de saúde as despesas realizadas com Encargos Previdenciários da União (EPU) e com o serviço da dívida, bem como a dotação dos recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. A reação contrária do CNS e da Frente Parlamentar da Saúde resultou na mensagem do Poder Executivo ao Congresso Nacional criando o parágrafo 3 para o artigo 59, onde, para efeito das ações em saúde, são deduzidos os EPU e o serviço da dívida. Contudo, nenhuma menção foi feita ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, com recursos previstos atingindo R\$ 3,57 bilhões, cujas atividades não são consideradas típicas da saúde pública (MARQUES; MENDES, 2005).

Além dos efeitos negativos dessa redução ao orçamento do MS, o descumprimento da EC 29 pela União abriria precedente para que os estados

atuassem da mesma forma, isto é: considerar como despesas em saúde outros itens que não se referem a 'ações típicas de saúde'. E é o que aconteceu em setembro de 2003, quando a governadora do estado do Rio de Janeiro propôs ao Supremo Tribunal Federal uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) com pedido de medida cautelar, em razão da Resolução 322/2003 do CNS, especialmente para sua invalidação e suspensão imediata dos seus efeitos. A governadora questionava particularmente a diretriz da Resolução que define as despesas a serem consideradas como ações e serviços públicos de saúde, com o intuito de incluir gastos na saúde que são por ela vedados. Além desse questionamento, a ADIN indaga sobre o caráter deliberativo do CNS para determinar as formas de aplicação do gasto com ações e serviços públicos de saúde (MARQUES; MENDES, 2005).

A negociação realizada para a superação do impasse entre a institucionalização do SUS e a austeridade fiscal preconizada pela equipe econômica resultou, finalmente, na reintrodução do conteúdo do parágrafo 2 do artigo 59 da LDO 2004 na Lei nº 10.777 de 25 de novembro de 2003. Dessa forma, ficou assegurado que os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não seriam considerados como ações e serviços públicos de saúde. Esse resultado somente foi possível mediante parecer da Procuradoria Geral da União (MARQUES; MENDES, 2005).

Em 2005, quando o encaminhamento da LDO 2006 ao Legislativo, novamente se manifestou a mesma desconsideração do governo Lula com relação ao conceito de saúde, construído sob o consenso das entidades do setor. No projeto encaminhado, as despesas com assistência médica hospitalar dos militares e seus dependentes (sistema fechado) seriam consideradas no cálculo de ações e serviços de saúde, o que diminuiria em R\$ 500 milhões o orçamento do MS. Depois do repúdio público do Conselho Nacional de Saúde, esse item deixou de ser considerado gasto SUS (MARQUES; MENDES, 2005).

Lula teria admitido em recente conversa informal que, infelizmente, pouco tenha sido feito para melhorar a saúde no Brasil. Ele teve em seus oito anos de governo, quatro ministros da Saúde. O primeiro de sua escolha direta, um prócere do partido,

mas sem prática de gestão, nem grande conhecedor do SUS. Um segundo, com reconhecido conhecimento de SUS, mas escolhido para um mandato curto e membro de um outro partido da base aliada ao governo. O terceiro, um mandato tampão de um servidor de carreira na saúde, com larga experiência e compromisso com a saúde pública. A interinidade impediu que assumisse a revolução do legal. Depois um sanitarista histórico com vasta experiência, mas que não fez a sua equipe, trabalhando com um ministério composto por "vários ministérios" dentro dele, cada um seguindo solo as orientações de seu grupo de indicação e apoio. Sua própria indicação não foi reconhecida como de um partido aliado, ficando na cota do presidente (CARVALHO, 2013).

5.3 POLÍTICA DE SAÚDE – GOVERNO DILMA ROUSSEFF

Após assumir o governo federal em 2011, Dilma Rousseff decidiu por manter a equipe econômica e a estratégia delineada no governo Lula, seu antecessor. Não alterou o modo de atuação do Estado nem as medidas de incentivo ao mercado interno. As várias formas de incentivo e apoio ao capital privado reafirmaram a defesa da ação estatal em favor do crescimento. O uso de incentivos e subsídios fiscais, o privilégio nas compras públicas, a defesa dos índices de nacionalização, o fortalecimento da atuação dos bancos e das empresas públicas sustentaram características semelhantes à fase anterior, indicando se tratar de um governo de continuidade (LOPREATO, 2015).

Dilma, no primeiro mandato, tem como ministro da Saúde um orgânico do partido, ex-ministro de Lula na área de relações institucionais e que abraçou a saúde com grande entusiasmo, entretanto com pouco conhecimento de SUS. Um político nato que, segundo veiculado na mídia, está se cacifando para concorrer ao governo de seu Estado. Cercou-se de técnicos de primeira linha, advindos da gestão municipal, mas que, não conseguiram levar à frente uma proposta coesa e consistente de política de saúde consolidando o mesmo modelo de prática ilegal. Assim, continuou fazendo o

mesmo do mesmo com discurso da eficiência em contraponto com o de falta de recursos (CARVALHO, 2013).

Em 2013, a presidente em exercício de seu mandato, cria o programa Mais Médicos, que tinha a objetivo de reparar uma deficiência histórica no País que era a insuficiência de médicos, sobretudo nas regiões mais distantes do Brasil. Em abril de 2016, três anos depois da criação do programa, Dilma Rousseff afirma que, há 18.240 médicos em atividade, em 4.058 municípios e 34 distritos indígenas. Devido esses números, foi decido optar pela sua prorrogação (BRASIL, 2016).

Entretanto, a auditoria realizada pela Tribunal de Contas da União, realizado em 2015, foram observadas diversas falhas e problemas, como descrito no documento oficial emitido pelo TCU:

- a) o número de médicos supervisores cadastrados à época da fiscalização era insuficiente. Na amostra analisada, 31,73% dos médicos participantes não possuíam supervisores indicados no sistema informatizado utilizado pela UNA-SUS (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 14);
- b) havia médicos supervisores que desempenhavam outras atividades com carga horária semanal superior a cem horas, além da supervisão exercida no projeto, o que poderia comprometer o trabalho de supervisão (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, pp. 17 e 18);
- c) as avaliações encaminhadas pelos supervisores eram pouco focadas em aspectos clínicos e se referiam mais ao controle de absenteísmo, à estrutura das unidades, à composição das equipes, aos serviços de apoio e aos aspectos educacionais (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 18).

Nessa auditoria, também não foram aprovadas os módulos de acolhimento dos médicos estrangeiros:

Foram observadas irregularidades na aprovação e alocação de 95 médicos que participaram do Módulo de Acolhimento, etapa do projeto em que é realizada a avaliação dos médicos intercambistas quanto aos seus conhecimentos em língua portuguesa e acerca do Sistema Único de Saúde (SUS). As falhas detectadas referem-se a médicos intercambistas que estavam em atividade à época da auditoria, embora devessem ter sido reprovados, fizeram recuperação de forma irregular ou não a fizeram quando deveriam ter feito (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 25).

Quanto a distribuição geográfica, o TCU observou que:

- a) falhas na distribuição de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, caracterizadas pelo não atendimento a municípios com

carências e dificuldades para reter médicos integrantes de Equipes da Saúde da Família (ESF), contrariando o disposto na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, na Portaria GM/MS nº 1.377/2011 e na Portaria Conjunta SGTES/SAS nº 3/2013 (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 27);

b) 592 dos municípios listados na Portaria SGTES/SAS nº 3/2013, considerados prioritários por serem carentes, não haviam recebido nenhum médico do projeto, o que equivale a 26% dos municípios dessa relação (592 de 2.282). Os demais 1.690 municípios da lista, que haviam sido atendidos pelo projeto, receberam 4.524 médicos (até 12/5/2014), o que representa 33% de todos os médicos do projeto locados até a época da fiscalização (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 27).

Um outro problema bastante questionado no programa Mais Médicos, é que ele foi instituído por meio de Medida Provisória e encaminhada para o Poder Legislativo para que se tornasse lei, enquanto iniciavam os trabalhos propostos. Entretanto, as entidades médicas, contrárias à iniciativa deram suas declarações e justificativas, além de entrarem com uma ação no Supremo Tribunal Federal (STF), alegando inconstitucionalidade do programa, reforçando a ilegalidade da prática médica de profissionais formados fora do Brasil sem a submissão ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas (Revalida). As entidades médicas nacionais também anunciaram o seu afastamento de Câmaras e Comissões em nível governamental nas áreas de Saúde e da Educação, onde mantinham representantes. Quando os primeiros estrangeiros chegaram ao Brasil para atuar no programa, foram registrados diversos casos em que os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) negaram-se a emitir o registro provisório (CARVALHO, 2014).

A lei sancionada do Programa Mais Médicos teve como objetivo “*formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS)*”. Dentre os objetivos, pretendeu-se reduzir a carência de médicos nas regiões prioritárias; fortalecer a prestação de serviços na Atenção Básica e aprimorar a formação médica. A lei também teve como objetivo do programa, a promoção da “*troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e os formados em instituições estrangeiras*”. Para que se alcancem todos os objetivos propostos, as principais mudanças deverão ser realizadas na formação dos médicos no Brasil (CARVALHO, 2014).

6. DISCUSSÃO

O acesso aos serviços de saúde no Brasil melhorou consideravelmente após a criação do SUS. Na PNAD realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26.866.869 pessoas) relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde. O número de pessoas que busca a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008 (IBGE).

Apesar desse aumento expressivo, Carvalho (2013), observou diversas evidências de como o dinheiro público foi mal investido quando a questão é saúde:

1a Evidência: o gasto federal per capita caiu entre 1997 e 2008 e só aumentou depois diante da ameaça da gripe suína. Em 1997 eram R\$ 294 per capita. Em 2003, primeiro ano do governo Lula, R\$ 234, e em 2008, R\$ 289.

2a Evidência: entre 1995 e 2011 caiu o gasto percentual em relação à Receita Federal. Em 1995 o Ministério da Saúde teve disponível para suas atividades 11,72% da receita corrente bruta da União. Em 2011, esse percentual caiu para 7,3%.

3a Evidência: a participação federal no financiamento da saúde pelas três esferas de governo veio caindo e aumentando a participação de estados e municípios. Em 1980 a participação federal era de 75%, a estadual, 18%, e a municipal, de 7%. Em 1991, 73% da União, 15% dos Estados e 12% dos municípios. Em 2001 a União continua diminuindo seu gasto agora representando 56%, os Estados, 21%, e os municípios, 23%. Já em 2011, a União apenas contribuiu com 47%, os Estados, com 26%, e os municípios, com 28%.

Outro argumento observado por Carvalho (2013), é que sempre houve baixo volume de recursos para a saúde pública das três esferas de governo, são evidenciados abaixo. Os dados brasileiros são de 2010 e os de outros países, de 2009, obtidos no anuário Estatístico da OMS – Organização Mundial de Saúde.

1a Evidência: podemos comparar os recursos gastos com saúde pública e os gastos per capita dos planos de saúde com seus beneficiários. Os planos de saúde gastariam R\$ 298 bi para atender a toda população brasileira usando o mesmo per capita e sem oferecer todas as ações oferecidas pelo SUS, como as de vigilância, vacinação etc. Se o SUS em 2010 gastou R\$ 138 bi, estariam faltando R\$ 160 bi.

2a Evidência: o gasto médio público como percentual do PIB dos países da OMS foi de 5,5%. O Brasil tem um gasto de apenas

3,7%. Se fôssemos usar o mesmo percentual seriam necessários R\$ 210 bi, ou seja, mais R\$ 72 bi dos atuais R\$ 138 gastos.

3a Evidência: se usarmos como ponto de comparação os gastos per capita dos países mais ricos do mundo, o Brasil teria necessidade de R\$ 910 bi, ou seja, o sonho inatingível de serem necessários R\$ 772 bi a mais de recursos.

4a Evidência: se usarmos o per capita de países da Europa precisaríamos de R\$ 543 bi, ou seja, R\$ 405 bi a mais que os R\$ 138 bi atuais.

5a Evidência: se usarmos o per capita médio das Américas precisaríamos de R\$ 538 bi, ou seja, R\$ 400 bi a mais que os atuais R\$ 138 bi.

Os gastos do governo federal com ações e serviços públicos de saúde, a preços de 2012, demonstram um crescimento acentuado, 125,7%, ao longo do período compreendido entre 1995 a 2012, saindo de R\$ 35 bilhões para R\$ 80 bilhões, o que representa uma média anual de R\$ 52 bilhões (SOARES, 2014).

As razões dessa irregularidade no comportamento dos gastos são encontradas na desestabilidade do financiamento já no início da década de 1990, ocasionada pelas dificuldades econômicas no plano interno e o alinhamento à política neoliberal, que expõe a economia brasileira às oscilações externas. Para Mendes (2012):

A situação financeira da saúde universal, em todos os anos posteriores à Constituição, tem sido orientada por dois determinantes: a preocupação dada à Previdência no interior do orçamento da seguridade social e a política fiscal contracionista executada pelo governo federal no campo social, decorrente de sua meta de reduzir despesas, (p. 117).

É importante destacar que no ano de 2003, primeiro do governo Lula, foi aquele em que menos recursos federais foram gastos em saúde, trabalhando-se com um valor per capita. Acima, isso está definitivamente demonstrado: em 1997 eram R\$ 294 por habitante. Em 2003, primeiro ano do governo Lula, caiu ao mínimo patamar, chegando a R\$ 234, e em 2008, a R\$ 289 (CARVALHO, 2014).

O SUS atualmente atravessa uma crise de financiamento sem precedentes, gerando um déficit de 5,8 bilhões em 2015 e 17 bilhões em 2016. Clamamos por avanços, construindo alternativas e estratégias e não podemos assistir passivamente a essa decisão do governo, que não pode, mais uma vez, trair o projeto da Reforma Sanitária (MARQUES; MENDES, 2012).

7. CONCLUSÃO

Este trabalho apresentou as mudanças ocorridas na política para a força de trabalho do governo federal entre os governos FHC, Lula e Dilma, em que foi observado o nítido descaso com a saúde pública e o SUS, apesar dos aparentes investimentos apresentados nesse trabalho, podemos considerar, como um pseudo-investimento, uma vez que os valores estão abaixo do necessário para que a população receba um serviço de saúde digna, além das irregularidades dos programas, como é o caso do Mais Médicos.

Nesse histórico, em que se desenvolve a crise uma crise econômica e política no país, é notável o desenrolar das tensões que limitam o crescimento do SUS, particularmente no âmbito de seu financiamento. Com base na exposição realizada neste artigo, reforça-se a compreensão sobre a natureza do processo experimentado pelo capitalismo nas últimas décadas, em que ocorreram os impasses do financiamento do SUS.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção I, p.18055-18059, 1990.

Portaria nº 698/GM de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Acesso em: 15 jun. 2016.

BRASIL. Programa mais médicos – prorrogação, 2016. Disponível em:

<http://www.brasil.gov.br/governo/2016/04/prorrogacao-do-mais-medicos-mostra-que->

[estamos-de-olho-nos-interesses-da-populacao-afirma-dilma](#). Acesso em 13 de julho de 2016.

BRAVEMAN, O.; GRUSKIN, P. **Poverty, equity, human rights and health**. Bulletin of the World Health Organization, v. 81, n. 7, 2003.

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil**. Estud. av., São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, F.C. **A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística**. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul – Palhoça - SC – 8 a 10/05/2014.

CUNHA, J. P. P; CUNHA, R. R. E. **Sistema único de Saúde- SUS: princípios**. In: CAMPOS, F E; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: Coopmed; 1998.

DRAIBE, S.M. **Brasil 1980-2000: proteção e insegurança sociais em tempos difíceis**. Anais do Taller Inter-Regional "Protección social en una era insegura: un intercambio sur-sur sobre políticas sociales alternativas en respuesta a la globalización". Santiago de Chile, PNUD/Cenda. ELLIAS, P. E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo em Perspectiva, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2003.

FORTES, P. A. C. **Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade**. Cad. Saúde Pública, v. 24, n. 3, p. 696-701, 2008.

GANDINI, J. A. D; BARIONE, S. F; SOUZA, A. E. **A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências**. São Paulo: Academia Brasileira de Direito, 2008.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Microdados PNAD. Rio de Janeiro: O Instituto; 1981, 1998, 2003 e 2008.

LOPREATO, F.L.C. **Aspectos da atuação estatal de fhc a dilma**. IPEA, texto para discussão 2039. 2015.

- LUCCHESE, P. T. R. **Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.
- MARQUES, R.M.; MENDES, A. **Novas incertezas sobre o financiamento da saúde.** *Gazeta Mercantil*, 13/9, p. 4, 2000.
- MARQUES, R. M.; MENDES, Á. **SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 39-49, maio-ago. 2005.
- MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. **Sobre a Economia da Saúde: Campos de Avanço e sua Contribuição para a Gestão da Saúde Pública no Brasil.** In: Campos, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, p. 259- 293, 2006.
- MENDES, A. N. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado.** São Paulo: Hucitec, 2012.
- MEDICI, A; SOARES, L.; MARQUES, R. M. **Saúde no contexto da seguridade: dilemas de financiamento.** *Revista Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p. 55-68, set. 1994.
- NEPP _ Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, Universidade Estadual de Campinas. "PAB Relatório Final". In: Barros Silva, P. L. & Draibe, S. M. (coords.). **Projeto avaliação da descentralização dos recursos do Ministério da Saúde para a gestão plena da atenção básica.** Campinas, NEPP/Unicamp/MS, 2000.
- SGRECCIA, E. **Manual de Bioética.** 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- SANTOS, N.R. **O SUDS, o SUS, os vetos e a sanção do projeto.** *Saúde Debate*, v.30, p.5-7, 1990.
- SOARES, A. **O subfinanciamento da saúde no brasil: uma política de estado.** Tese de Doutorado, UNICAMP, 2014.