



O fio da história

Katia Machado - EPSJV/Fiocruz | 30/07/2019 09h56 - Atualizado em 02/08/2019 12h00



Em matemática, os ordinais são uma extensão dos números naturais criada para incluir sequências infinitas, enquanto os cardinais indicam a quantidade ou contagem desses números. Este ano, a soma de um número ordinal e um cardinal ganhou novo sentido: $8^a + 8$ dá nome à 16ª Conferência Nacional de Saúde. Tanto o tema – democracia e saúde – como os eixos temáticos do evento – saúde como direito, consolidação dos princípios do SUS e financiamento – são os mesmos que nortearam a histórica Oitava, realizada em 1986, e que serviu de inspiração para o capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988.

“O Conselho Nacional de Saúde resolveu reproduzir o tema e eixos da Oitava porque observamos contextos semelhantes. Vivemos tempos difíceis, com graves violações à Constituição, como a Emenda Constitucional 95, que congelou investimentos públicos federais até 2036, a reforma trabalhista, que tem gerado agravos à saúde da população, e a possibilidade de uma reforma da Previdência que fere o Sistema de Seguridade Social, do qual a saúde faz parte”, explica o presidente do CNS, Fernando Pigatto. E acrescenta: “Diante deste cenário, precisamos reafirmar a saúde como direito de qualquer cidadão no Brasil”.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde reunirá, no início de agosto, milhares de participantes. Ao todo, 2.952 delegados foram eleitos nas etapas estaduais e do Distrito Federal: 444 vêm da região Norte, 872 da Nordeste, 296 da Centro-Oeste, 960 da Sudeste e 380 da Sul. Todas essas vozes se unem em Brasília com um objetivo: traçar as diretrizes das políticas públicas de saúde do país.

A Oitava à época reuniu mais de quatro mil participantes e organizou 135 grupos de trabalho. Passados 33 anos, há muito balanço a fazer. “A avaliação das condições de saúde e formulação de diretrizes deverá levar em conta os avanços na definição organizativa e as diferentes dimensões da crise que vivemos, na qual os componentes político e organizativo são muito relevantes”, atenta o documento orientador da 16ª. O fio que une as duas conferências é o espírito que moveu e move o movimento da Reforma Sanitária brasileira. “Defender o SUS é defender nossas vidas”, resume Fernando Pigatto.

Saúde como direito

“A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. A definição, presente no capítulo da saúde da Constituição de 1988, ..foi retirada do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Os delegados reunidos 33 anos atrás foram além ao afirmar que “o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”.

Ainda segundo o relatório final da Oitava, o pleno exercício do direito à saúde implicava garantir “trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho”, “alimentação para todos”, “educação e informação plenas”, “qualidade adequada do meio ambiente”, “transporte seguro e acessível”, “repouso, lazer e segurança”, “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde”, “direito à liberdade, à livre organização e expressão” e “acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis”.

“Tudo isso se renova nos tempos atuais e, por isso, precisa ser resgatado pela 16ª”, resume a socióloga Amélia Cohn, professora aposentada da Universidade de São Paulo (USP). Para a sanitarista, apesar dos avanços conquistados, como a extensão da cobertura em saúde, é preciso ocupar os territórios.

O documento de contribuição da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) para a 16ª edição também evidencia avanços significativos nos indicadores de saúde ao longo dos anos. A expectativa de vida da população brasileira passou de 68 anos em 1990 para 75 em 2016. A taxa de mortalidade diminuiu 34%. Para a Abrasco, o programa Bolsa Família e a Estratégia Saúde da Família contribuíram para reduzir as mortes de crianças. A ampliação das ações de vigilância e a prevenção de doenças, por sua vez, reduziram a prevalência e a mortalidade por enfermidades transmissíveis.

A Abrasco ressalta ainda a significativa expansão da rede pública, principalmente via unidades de atenção básica, que ampliaram o acesso dos brasileiros a consultas médicas. Entre 2001 e 2006, foram reduzidas as internações por causas sensíveis à atenção básica, que passaram de 120 para 66 a cada grupo de dez mil habitantes.

Por outro lado, a partir de 2015, alguns indicadores de saúde pioraram. A taxa de mortalidade infantil voltou a crescer em 2016, interrompendo décadas de queda de mortes de bebês no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, o país apresentou em 2016, pela primeira vez desde 1990, alta na taxa: foram 14 mortes a cada mil nascidos em 2016, um aumento de 4,8% em relação a 2015, quando 13,3 mortes a cada mil foram registradas.

O documento da Abrasco alerta para outros problemas, como a distribuição desigual de renda: no Brasil, os 20% mais ricos têm uma renda 17 vezes maior do que os 20% mais pobres, situação pior do que a do Paraguai, onde o multiplicador fica em 13.

“Faltou aos defensores do direito à saúde enfrentar algumas contradições, em especial a concessão do direito à saúde para o setor privado”, avalia Amélia Cohn, referindo-se ao artigo 199 da CF que define que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde. Ela observa, nesse contexto, que o

Movimento Sanitário foi muito importante para garantir a inscrição do Sistema Único na Constituição, mas não conseguiu mobilizar suficientemente a sociedade, que ainda vê a saúde de forma assistencialista. “Nosso desafio é resgatar a importância da mobilização e da participação social e superar a lógica do capital financeiro que tomou conta da sociedade”, acredita.

O documento da Abrasco faz análise semelhante, afirmando que os avanços não foram suficientes para garantir o direito à saúde de maneira universal e igualitária, conforme o que foi proposto pelo projeto democrático-popular sintetizado no relatório final da Oitava. Também para a Associação, isso se deu principalmente por causa da oposição do setor privado à expansão e à consolidação do SUS. “As empresas privadas, embora não tenham imposto obstáculos a determinadas políticas públicas de ampliação do acesso, têm disputado com sucesso os recursos que a sociedade brasileira, por via do Estado, destina aos serviços de saúde”, diz o documento. De acordo com Amélia Cohn, a proposta que vigora na atualidade é a de um país que precisa voltar a gerar lucro “custe a quem custar”. “A questão é que o custo, nesse caso, recai sobre os pobres e trabalhadores”, nota a sanitarista.

Para a Abrasco, a luta pelo direito à saúde implica avançar nos investimentos em políticas de pleno emprego e de combate às desigualdades de renda, em saneamento e transporte público, na inovação da estrutura produtiva e tecnológica e no acesso universal a serviços de qualidade nas áreas de educação, seguridade social e segurança alimentar, bem como a superação do projeto mercantilista e do domínio do modelo biomédico, com o fortalecimento das práticas de promoção da saúde.

Consolidação do SUS

“Um novo sistema nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde, deveria ser coordenado por um único ministério, especialmente concebido para esse fim”. A frase foi extraída do relatório final da Oitava no eixo que defende a reformulação do sistema de saúde então vigente – e, agora, foi adaptada para a 16ª Conferência para tratar da consolidação do SUS. Segundo o documento de 1986, a organização desse sistema de saúde deveria se pautar pela “descentralização na gestão dos serviços”, “integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo”, “unidade na condução das políticas setoriais”, “regionalização e hierarquização das unidades”, “participação da população, através de suas entidades representativas” e “fortalecimento do papel do município”.

Os delegados reunidos 33 anos atrás queriam alcançar um ambicioso objetivo: um “Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor”. Se a estatização não foi possível na disputa com o lobby do setor privado na Constituinte, a 16ª busca, agora, reafirmar os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade. Seu documento orientador chama atenção para a importância de se desenvolver um modelo que se alinhe às diretrizes do próprio SUS e tenha como principal característica a gestão estratégica e participativa. Por isso, defende a valorização e o fortalecimento dos mecanismos de controle social, como os conselhos e as conferências de saúde.

“A Oitava propõe uma reformulação radical da política de saúde brasileira através da criação de um sistema nacional público, segundo a tradição de países como o Reino Unido. Ou seja, a ideia era integrar e unificar o sistema, ligando a assistência individual, a clínica que era feita pela Previdência – lembremos que somente os trabalhadores com carteira assinada tinham direito à saúde pública –, e as secretarias de saúde”, resume Gastão Wagner, professor da Unicamp. Sanitarista e estudioso do SUS, ele relembra as bases que sustentaram os debates em torno da reformulação do sistema de saúde brasileiro: “A Oitava estende o direito universal a todos os brasileiros, sugere diretrizes importantes para o modelo de atenção, por meio de um sistema regionalizado e hierarquizado, com atenção primária, hospitais, vigilância em saúde. Mais que sugestões: a Oitava determina uma gestão participativa e estratégias de integração federativa”.

Para Gastão, a histórica conferência debateu todo o arcabouço que deu origem ao SUS, mas a consolidação do Sistema sempre dependeu de governos e da pressão que a sociedade conseguiu (ou não) fazer sobre eles. “O desenho de redes de atenção à saúde descentralizada avança em parte. Houve avanços na atenção básica – especialmente por conta da Estratégia Saúde da Família –, na saúde mental, no controle de algumas epidemias, principalmente do HIV/Aids e na política de vacinação. Por outro lado, a rede hospitalar e os serviços médicos especializados permaneceram praticamente intocados, não se integraram às outras redes de atenção”, lamenta.

O professor da Unicamp observa que nenhum presidente assumiu integralmente a implementação do SUS. “O governo do Fernando Henrique Cardoso monta o programa de controle das DSTs [doenças sexualmente

transmissíveis]. O governo Lula desenvolve a urgência e a emergência, amplia o programa de saúde bucal. Mas ambos não assumem, por exemplo, o desenvolvimento de uma política de regionalização, não fazem uma reforma da administração direta, tornando-a ágil e compatível com a complexidade da gestão da saúde, tampouco resolvem o problema do financiamento”, elenca.

O documento orientador da 16ª Conferência lembra que a Saúde da Família tornou-se uma das principais estratégias de reorientação do modelo de atenção brasileiro, ampliando o modelo de cuidado centrado em pessoas, aumentando a resolutividade das ações e afirmando a atenção básica como melhor cenário para a formação de profissionais. “Tais avanços se deram em parte por medidas como: criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde; e criação do Programa Brasil Sorridente, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do Programa Mais Médicos”, destaca o documento. E, sob esse pano de fundo, sugere a reflexão sobre que práticas, saberes e tecnologias precisam ser incorporados nos diferentes níveis de atenção. “A gestão tem sido conservadora, ultraliberal, defende a privatização, a terceirização. Enquanto isso, não faz a reforma necessária, colocando em prática redes de saúde integradas, envolvendo hospitais, programas de saúde, atenção básica, vigilância em saúde, além de financiamento adequado”, avalia Gastão Wagner, para quem é urgente “resgatar o projeto original da Oitava e repensar o modelo de gestão da saúde”.

Financiamento do SUS

Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o fundo único federal de saúde”. O trecho em destaque, retirado do relatório final da Oitava, adiantou o que a Constituição Federal de 1988 garantiria em termos de financiamento da saúde. Inspirada naquela conferência, a Carta Magna estabeleceu o Sistema de Seguridade Social, que abarca saúde, previdência e assistência social. Também definiu que 30% do orçamento da Seguridade deveriam ser destinados ao financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde.

O professor da Unicamp e coordenador do conselho do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), Nelson Rodrigues dos Santos, lembra que a Oitava aconteceu um ano depois do fim da ditadura empresarial-militar, em uma conjuntura de grande efervescência social, embalada em manifestações populares. “Ela faz parte de uma explosão democrática brasileira”, caracteriza.

E foi nesse contexto que se garantiu dinheiro para o SUS... no papel. “Os 30% do orçamento da seguridade social para o financiamento da saúde nunca foram executados”, atenta Nelsão, como é conhecido. Isso porque a saúde, como parte do Sistema de Seguridade Social, tinha como base as várias contribuições sociais – mas a maior parte delas foi retirada da base de cálculo do financiamento do Sistema. “Perdemos entre um terço e metade do financiamento que a Constituição aprovou”, calcula.

Segundo levantamento do Conselho Federal de Medicina, divulgado em novembro de 2018, o gasto público no Brasil é de R\$ 3,48 per capita por dia. O equivalente a pouco mais de R\$ 1,2 mil por ano para cobrir ações e serviços que vão desde a prevenção à reabilitação da saúde.

Várias iniciativas foram pensadas para garantir a tão sonhada sustentabilidade financeira para o SUS, lembra o documento da 16ª. Em 1993, uma proposta de emenda constitucional, a PEC 169, propôs que a União adicionasse aos 30% do orçamento da seguridade social que deveriam ser destinados à saúde 10% das receitas de impostos federais. A PEC também previa que estados, Distrito Federal e municípios aplicassem no mínimo 10% das receitas resultantes de seus impostos. “Era uma proposta lúcida, já tinha a maioria na Câmara. Mas o governo se articulou e propôs a EC 29, por meio da qual os municípios passaram a aplicar, no mínimo, 15% das receitas, os estados, 12% e, em relação à União, a aplicação foi atrelada à variação do PIB. Esse foi um golpe fatal”, lamenta Nelsão. Para ele, faltou na EC 29 definir para a União os mesmos critérios de cálculos utilizados para estados e municípios.

Outra dura pancada no SUS aconteceu em 1994, na avaliação do professor. Criada com o nome de Fundo Social de Emergência, a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que atualmente retira 30% do orçamento da seguridade social para pagamento de despesa considerada prioritária e na formação de superávit primário, lesou de vez a proposta de financiamento de um sistema público de saúde universal.

Ainda como forma de dar sustentabilidade financeira ao SUS, o documento da 16ª faz menção à PEC 82 de 1995.

Ela determinava que os recursos provenientes da CSLL, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido e da Cofins, a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, fossem totalmente destinados ao financiamento do SUS. As duas contribuições não previdenciárias, que foram instituídas em 1988 e 1991, respectivamente, mantiveram seu fim: tanto para o custeio da assistência social quanto para a saúde pública. A proposta, que ficou paralisada na Câmara dos Deputados entre outubro de 1995 e maio de 1998, quando uma comissão especial foi destinada a proferir parecer sobre ela, acabou sendo transformada na Emenda Constitucional 29.

Nelsão recorda ainda outra medida que tentava aplacar o subfinanciamento do SUS: a famosa CPMF, sigla para Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira, que vigorou entre 1997 e 2007. Inicialmente destinada à saúde, em 1999 parte dos recursos da CPMF passaram a financiar também a previdência social e a erradicação da pobreza. “O financiamento do SUS continuou capenga”, denuncia o professor, informando ainda que a CPMF acabou.

O agravamento do subfinanciamento do Sistema Único, como também ressalta o documento do CNS, acontece com a emenda constitucional que instituiu um teto para os gastos públicos, a EC 95, aprovada em 2016. Cálculos do economista Francisco Funcia, integrante da comissão de financiamento do CNS, dão conta de perdas para o SUS na ordem dos R\$ 417 bilhões.

“O financiamento dos direitos sociais, como a saúde e a educação, ficará congelado até o ano de 2036, afetando a vida cotidiana da população ao reduzir a capacidade de garantia das políticas sociais, particularmente da saúde, dando lugar para a formação de superávit primário para pagamento de juros e amortização da dívida pública”, atenta o texto. O mesmo observa Nelsão, para quem se tratou de “um grave golpe dado em um sistema público que já tinha perdido a pujança”. Ele propõe que a 16ª assumo o SUS como uma política de Estado, recuperando o espírito de luta da Oitava. “O SUS tem que ser novamente encarado como foi quando nasceu na década de 1980. É preciso não só combater a EC 95, mas tudo o que foi feito de nocivo nesses 30 anos”, conclui.

Av. Brasil - 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP 21040-360 - Tel.: (21) 3865.9797

"Este Portal é regido pela Política de Acesso Aberto ao Conhecimento, que busca garantir à sociedade o acesso gratuito, público e aberto ao conhecimento de toda obra intelectual produzida pela Fiocruz. O conteúdo deste portal pode ser utilizado para todos os fins não comerciais, respeitados e reservados os direitos morais dos autores. Equivalente à CC-NY-BC"

Página: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fio-da-historia>