

Participação
Social &
Políticas
Públicas

O FINANCIAMENTO DO SUS: UMA LUTA DO CONTROLE SOCIAL

Claudio Ferreira do Nascimento
Ruth Ribeiro Bitencourt
Lizandra Nunes Coelho Conte

editora

redeunida

**Participação
Social &
Políticas
Públicas**

**O FINANCIAMENTO
DO SUS:
UMA LUTA DO
CONTROLE SOCIAL**

**Claudio Ferreira do Nascimento
Ruth Ribeiro Bitencourt
Lizandra Nunes Coelho Conte**

editora

redeunida

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes - CRB-8 8846

N244f Nascimento, Claudio Ferreira do (org.).

O Financiamento do SUS: uma luta do controle social / Organizadores:

Claudio Ferreira do Nascimento, Ruth Ribeiro Bitencourt e Lizandra Nunes Coelho

Conte. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS:

Editora Rede Unida, 2021.

156 p. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 11).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-87180-86-1.

... **DOI** 10.18310/9786587180861.

1. Conselhos de Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Integralidade em Saúde. 4. Política de Saúde.

I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

21-3018079

CDD 614

CDU 614

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Programas de saúde pública.

2. Medicina: Saúde pública.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

NASCIMENTO, Claudio Ferreira do; **BITENCOURT**, Ruth Ribeiro; **CONTE**, Lizandra Nunes Coelho (org.). **O Financiamento do SUS: uma luta do controle social**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 11). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-86-1.

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Univ. Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Llorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Univ. Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Univ. Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
João Henrique Lara do Amaral (Univ. Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Sec. Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fund. Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Lab. de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista
Jaqueline Miotto Guarneri
Alana Santos de Souza
Márcia Regina Cardoso Torres
Renata Riffel Bitencourt

Projeto Gráfico e diagramação

James Zortéa e Renato Pereida Jr.

Arte da capa

James Zortéa

Revisão

Johan Heyss



foto: Acervo Conselho Nacional de Saúde - Fernando Zasso Pigatto

PREFÁCIO

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE ESTÁ NA AGENDA DO CON- TROLE SOCIAL!

Fernando Zasso Pigatto

Prefaciar esse livro, que resultou na parceria entre a Editora Rede Unida, vinculada à Associação Científica que lhe dá nome, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), é uma responsabilidade que nos mobilizou por dois motivos. Primeiro pelo fato em si de que está sendo compartilhada uma expressiva produção de conhecimentos sobre o cotidiano do controle social e feita pelas pessoas que atuam, de uma forma ou outra, na rede de participação social na saúde. Nesse livro temos produções de grande relevância que foram produzidas pelas conselheiras, conselheiros e demais participantes da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN). Segundo pela enorme relevância da temática do financiamento da saúde e das políticas sociais, nesses tempos de desmantelamento de políticas públicas de bem-estar e suporte à vida. É particularmente grave o momento que vivemos, que já vem de um período longo de precarização do financiamento da saúde que, a bem da verdade, é um ponto crítico desde a origem do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988 universalizou a saúde, tornada formalmente direito das pessoas e dever do estado brasileiro, mas não houve expansão do financiamento, com a manutenção de valores e fontes prévias, tanto no sistema previdenciário quanto nas ações de saúde pública. A sociedade brasileira e os governos não resolveram satisfatoriamente o problema do financiamento e, em anos recentes, a lógica de preservação de recursos públicos para os interesses dominantes na sociedade, retirou ainda mais recursos das políticas públicas. O Conselho Nacional de Saúde tem estado alerta, analisando o financiamento e denunciando as manobras de redução e utilização indevida dos recursos públicos.

Os capítulos que compõem o livro “*O financiamento do SUS: uma luta do controle social*” foram mobilizados pelos participantes da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento, que

têm uma atuação muito importante para apoiar o CNS na defesa do SUS e da saúde das pessoas no território brasileiro. Agradeço muito o empenho e a dedicação de Claudio Ferreira do Nascimento, Ruth Ribeiro Bitencourt e Lizandra Nunes Coelho Conte na produção do livro e na seleção e revisão dos textos que o compõe, que abordam questões muito relevantes sobre esse tema tão relevante.

Os textos reunidos no livro recuperam o registro da mobilização histórica do CNS em torno do financiamento, sobretudo na luta por fontes estáveis e suficientes e, mais recentemente, contrárias à redução dos recursos em nome da estabilidade fiscal. Ora, não há estabilidade fiscal sem saúde e, em tempos de crise, a demanda ao setor saúde é ainda maior, que as oscilações da economia, particularmente em tempos de tão desastrosas iniciativas governamentais, afetam a vida das pessoas, ampliam a fome e a dificuldade de acessar condições dignas e, em conexão direta e reconhecida, produzem doenças e morte.

Os onze textos aqui reunidos também descrevem diversas iniciativas do CNS para o fortalecimento da capacidade de monitorar e avaliar o uso dos recursos públicos, as articulações interinstitucionais e a mobilização das entidades e movimentos sociais para equalizar o financiamento público. A COFIN subsidia o controle social na fiscalização orçamentária e financeira dos serviços públicos de saúde, apoiando a formulação de diretrizes para os processos de planejamento e avaliação do SUS, seja por meio de análises e relatórios técnicos, seja pela formação nessa temática tão relevante. Os membros analisam regularmente o volume de recursos e as modalidades de aplicação do Orçamento do Ministério da Saúde. Os relatórios da Comissão descrevem e analisam a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LOA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), entre outros documentos que permitem acompanhar a conformidade da execução e do planejamento do financiamento do SUS.

O tema é muito relevante e especializado, sendo fundamental a qualidade das análises feitas pela Comissão para apoiar as iniciativas do Conselho Nacional de Saúde. O reconhecimento não é apenas do Conselho e de sua Mesa Diretora, mas de diferentes órgãos de controle interno e externo, dos legislativos e de entidades da sociedade que estão irmanadas na defesa de políticas públicas inclusivas e de qualidade, na saúde e na sociedade. Se a saúde é democracia, como dissemos fortemente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e repetimos na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8), em 2019, o financiamento da saúde é um dos seus componentes mais relevantes, como política pública.

Mas esse livro também faz uma homenagem emocionante ao conselheiro Wanderley Gomes da Silva, vitimado pela Covid-19, em junho de 2020. Foi coordenador da COFIN entre 2016 e 2018 e um expressivo militante da defesa do SUS. Sua morte precoce, aos 59 anos, abalou o controle social e uma grande rede de pessoas que defendem direitos sociais e a democracia, como expressa o texto de sua autoria, publicado no livro, que teve revisão e ampliação produzidas pela esposa Aldineia Machado. O legado do Wanderley mostra a enorme relevância da atuação dos conselhos de saúde no controle das políticas públicas, uma vez que a omissão dos órgãos públicos, como ilustra a ação federal no enfrentamento à pandemia, pode produzir enormes danos à vida e perdas irreparáveis.

A relevância do tema do financiamento da saúde é tornada visível com o capítulo compartilhado pelos últimos presidentes do Conselho Nacional de Saúde, descrevendo bons argumentos e boas iniciativas desenvolvidas pelo colegiado nacional nos últimos 12 anos. Compartilhei a produção desse capítulo com Claudio Ferreira do Nascimento, atual Coordenador-Adjunto da COFIN/CNS, com Ianna Oliveira Sousa, com Lizandra Conte, com Francisco Batista Júnior (Presidente do CNS no período

de 2006-2011) e com Ronald Ferreira dos Santos (Presidente do CNS no período de 2015-2018).

A luta do controle social é infindável, mas seguimos fortes. O tema do financiamento está na nossa agenda, com grande destaque, na medida em que representa investimentos na vida e na qualidade da saúde de cada um e cada uma. O SUS é nosso e precisamos cuidar dele com segurança de financiamento estável e suficiente. Para isso, é muito relevante que esse tema deixe de ser apenas a produção técnica de especialistas e estudiosos e transborde para todas as pessoas que atuam no controle social, nos conselhos de saúde municipais e estaduais e, sobretudo, nas conferências de saúde. A saúde não é dádiva, é dever do estado, e os governantes não são autônomos na execução dos recursos, como se o financiamento público fosse assunto privado, mas devem obedecer às políticas públicas que regem o Estado Democrático de Direito. A boa política é a produção do bem comum à sociedade, com a redução das desigualdades e a superação das injustiças sociais.

Por isso comemoro muito a publicação do livro. Os textos são densos e acessíveis. Antevejo que circulem pela rede de controle social e participação como os livros de ciências sociais e humanas na ditadura anterior, como forma de resistência à política de morte e como combustível para os movimentos de retomada da democracia. Em ambas as situações, a defesa do SUS e de fontes estáveis e suficientes de financiamento público é fundamental. Sigamos nessa luta.

AbraSUS

Brasília, novembro de 2021.

sumário

- 7.** *Prefácio - O Financiamento da Saúde Está na Agenda do Controle Social*
Fernando Zasso Pigatto
- 15.** *O Conselho Nacional de Saúde na Luta do Financiamento: A Defesa do SUS e da Democracia*
Cláudio Ferreira do Nascimento, Ruth Ribeiro Bitencourt e Lizandra Nunes Coelho Conte
- 19.** *Seção 1: A Comissão de Financiamento e a Agenda do Financiamento*
- 21.** *O Conselho Nacional de Saúde e a Luta do Financiamento*
André Luiz de Oliveira e Lizandra Nunes Coelho Conte
- 31.** *Histórico do Financiamento do SUS: Evidências Jurídico-Orçamentárias do Desinteresse Governamental Federal Sobre a Garantia do Direito Fundamental à Saúde*
Lenir Santos e Francisco R. Funcia
- 45.** *A Luta Pelo Financiamento Adequado do Sistema Universal de Saúde no Brasil*
Luís Eugenio Souza, André Luiz de Oliveira e Ronald Ferreira dos Santos
- 53.** *Plataforma Rede Conselhos do SUS – Estratégia de Articulação, Integração, e Mobilização do Controle Social na Saúde*
Suetônio Queiroz de Araújo
- 71.** *Desfinanciamento do SUS em Tempos de Pandemia: A Emenda Constitucional no 95/2016 em Ação*
Bruno Moretti, Carlos Ocké-Reis, Erika Aragão, Francisco Funcia e Rodrigo Benevides
- 83.** *O Enfrentamento da Covid-19: Financiamento Lento, Gradual e Restrito*
Francisco R. Funcia, Rodrigo Benevides e Carlos Octávio Ocké-Reis
- 97.** *Importância das Instâncias Intergestores do SUS*
Blenda Leite Saturnino Pereira e Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

- 103.** *Financiamento do SUS: Avanços e Desafios da Luta Social Pela Garantia do Direito à Saúde*
Claudio Ferreira do Nascimento, Ianna Oliveira Sousa e José Maria Ximenes Guimarães
- 125.** *Seção 2: Posfácio*
- 127.** *Cidade Democrática*
Aldinéia Machado Gomes e Wanderley Gomes da Silva²
- 133.** *Democratização e Financiamento do SUS: Diálogo Com as Direções Políticas do Conselho Nacional de Saúde*
Claudio Ferreira do Nascimento, Ianna Oliveira Sousa, Francisco Batista Júnior, Ronald Ferreira dos Santos, Fernando Zasso Pigatto e Lizandra Conte
- 151.** *Índice Remissivo*
- 153.** *Sobre os Autores e Autoras*



foto: Arquivo Conselho Nacional de Saúde - plenária na 308 Reunião Ordinária

O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE NA LUTA DO FINANCIAMENTO: A DEFESA DO SUS E DA DEMOCRACIA

Claudio Ferreira do Nascimento¹
Ruth Ribeiro Bitencourt²
Lizandra Nunes Coelho Conte³

1 Cirurgião dentista, coordenador do Sindicato dos Odontologistas do Estado do Ceará - SINDIODONTO. Conselheiro Nacional de Saúde e Mestre em Saúde da Família pela RENASF / UECE.

2 Graduada em Serviço Social pela UFRJ, mestre em Políticas Sociais e Serviço Social pela UFPE, professora aposentada da Universidade Estadual do Ceará- UECE. Conselheira nacional do Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. Compõe a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e relações de trabalho (CIRHRT) e a Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3 Graduada em Administração de Empresas, pós-graduada em Gestão de Pessoas e Bioética pela UNB, assessora técnica do Conselho Nacional de Saúde.

INTRODUÇÃO

Em meio a um cenário de crise sanitária derivada da pandemia de COVID-19 que no Brasil assumiu contornos terríveis de imensa tragédia social, a luta pelo direito à saúde, que tem como uma das consignas fundamentais a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), atravessou este início de segunda década do século XXI tendo que defrontar-se com o acúmulo de velhos e novos problemas que, se por um lado exigiram um grande esforço de resistência política das organizações e movimentos sociais, por outro, reforçaram a necessidade e a importância da construção de sistemas universais de saúde de caráter público-estatal, assentados na mobilização e participação democrática da sociedade e em princípios e diretrizes que tenham como objetivo primordial a defesa da vida. Um dos elementos fundamentais da garantia do direito à saúde que tem sido caracterizado por este acúmulo de ataques estruturais e conjunturais é o financiamento das políticas, ações e serviços do SUS que, além de enfrentar um processo crônico de subfinanciamento estatal, viu-se mergulhado, a partir da situação política reacionária aberta em 2016, em intenso processo de desfinanciamento com a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95).

Com o objetivo de tematizar a questão do financiamento da saúde pública, a Rede Unida em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) lançam este e-book intitulado “O FINANCIAMENTO DO SUS: UMA LUTA DO CONTROLE SOCIAL” que, a partir da compreensão da relevância do espaço do controle social para a mobilização e organização dos movimentos sociais no Brasil, busca resgatar as experiências e construções técnico-políticas do CNS derivadas de um de seus espaços de reflexão e debate sobre o tema, no caso, a Comissão de Orçamento e Finanças (COFIN).

Este e-book é parte componente de um projeto editorial, derivado da parceria CNS/OPAS/Rede Unida, composto por uma coletânea com manuscritos não acadêmicos – a série editorial Controle Social & Políticas Públicas. Esse projeto assume a pretensão de publicar livros em formato autoral ou coletâneas temáticas com produções predominantemente originadas de reflexões, análises e pesquisas sobre a participação e o controle social em saúde e políticas públicas no cotidiano, não necessariamente vinculadas às Instituições de Ensino Superior, mas que tenham capacidade de representar a perspectiva dos participantes de fóruns participativos e movimentos sociais.

O objetivo central da série editorial é compartilhar reflexões feitas pelos diferentes participantes e estimular a produção de análises de pessoas vinculadas aos movimentos sociais e às instâncias e estratégias de participação nas políticas públicas. É uma iniciativa de apoio técnico à produção e disseminação de conhecimentos a partir do cotidiano do Conselho Nacional de Saúde e dos demais espaços de controle social e participação popular na saúde e demais políticas públicas.

As produções componentes da série incluem narrativas do cotidiano do controle social a partir de debates realizados nas instâncias do CNS, ensaios teóricos e empíricos, relatos de experiências e resultados de pesquisas teóricas e empíricas e foram acompanhadas pela Câmara Técnica de Estudos Integrados e Participação Social na Saúde – CTEICPS, constituída pelo CNS, ainda em agosto de 2019, quando da realização da 16a Conferência Nacional de Saúde.

OS RELATOS DA LUTA PELO SUS E PELA DEMOCRACIA

O conteúdo do e-book está dividido em duas seções, sendo a primeira delas composta por textos variados que, por um lado, descrevem e analisam a conformação político-organizativa da COFIN, a relação desta com instâncias de representação no CNS, como as intergestoras, por exemplo, e as experiências de formação e qualificação para o controle social e, por outro, promovem um conjunto amplo e diversificado de reflexões sobre o tema do financiamento do SUS a partir do resgate das agendas de luta dos movimentos sociais e de debates promovidos pela COFIN. Já a segunda seção tem em sua composição dois textos, a título de posfácio, sendo o primeiro construído em homenagem ao querido companheiro Wanderley Gomes da Silva, conselheiro de saúde e ex-coordenador da COFIN e o segundo derivado de entrevistas realizadas com o atual presidente do CNS e dois ex-presidentes que atualmente são membros da COFIN.

O primeiro texto, intitulado “*O Conselho Nacional de Saúde e a luta do financiamento*” de autoria de André Luiz de Oliveira e Lizandra Nunes Coelho Conte, descreve aspectos da estrutura e da dinâmica do CNS, ressaltando suas tarefas fundamentais, no caso, a formulação e o controle das políticas, ações e serviços de saúde promovidos pelo SUS e enfatizando a composição e o papel desempenhado pela COFIN, especialmente, naquelas tarefas que envolvem o planejamento, orçamentação e financiamento das políticas de saúde.

O texto “*Histórico do financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde*” é um artigo das (os) autoras (es) Lenir Santos e Francisco R. Funcia que realiza um resgate do processo histórico de subfinanciamento do SUS a partir de elementos materiais de base jurídica e orçamentário-financeira. A análise

busca demonstrar o descompasso entre as medidas governamentais adotadas ao longo do tempo no Brasil e o atendimento do inalienável direito à saúde.

O terceiro texto “*A luta pelo financiamento adequado do sistema universal de saúde no Brasil*” de autoria de Luís Eugenio Souza, André Luiz de Oliveira e Ronald Ferreira dos Santos, trata-se de um artigo descritivo-analítico que tem por objetivos descrever o processo de luta envolvido na construção do Movimento Saúde + 10, identificar seus passos-chave e discutir e refletir sobre as lições apreendidas com esta experiência política para o debate sobre financiamento do SUS.

O texto intitulado “*Plataforma Rede Conselhos do SUS – estratégia de articulação, integração, e mobilização do controle social na saúde*” do autor Suetônio Queiroz de Araújo, trata-se de um artigo descritivo que visa demonstrar os resultados da articulação institucional estabelecida entre o CNS, por meio da COFIN, com a Controladoria Geral da União (CGU) e outros parceiros institucionais, para a realização das atividades regionais semipresenciais, denominadas de “Seminário do Controle Social na Saúde: Financiamento do SUS” e a partir dela a concepção, aprovação e institucionalização pelo CNS da plataforma Rede Conselhos do SUS.

O quinto texto, “*Desfinanciamento do SUS em tempos de pandemia: a Emenda Constitucional nº 95/2016 em ação*” dos (as) autores (as) Bruno Moretti, Carlos Ocké-Reis, Erika Aragão, Francisco R. Funcia e Rodrigo Benevides, é um artigo assumido como versão adaptada e atualizada de um conjunto de artigos escritos anteriormente pelos autores e que visa evidenciar os impactos da austeridade fiscal sobre o financiamento dos gastos públicos em saúde, em meio à pandemia de COVID-19. O texto de forma concisa aponta irregularidades, lentidão e insuficiente execução orçamentária e financeira federal das ações de enfrentamento da

Covid-19 em 2020, demonstra que o desfinanciamento do SUS continuou em 2021 e apresenta propostas para enfrentar o processo de desfinanciamento do SUS.

O texto de número seis desta primeira seção, “*Enfrentamento da COVID-19: financiamento lento, gradual e restrito*”, dos autores Francisco R. Funcia, Rodrigo Benevides e Carlos Octávio Ocké-Reis é um artigo que tem como objetivo avaliar a gestão orçamentária e financeira do Ministério da Saúde no combate à pandemia da Covid-19 no ano de 2020 a partir de dados e informações produzidas pelos boletins semanais construídos para subsidiar a COFIN/CNS no processo de monitoramento e avaliação do financiamento e da execução orçamentária e financeira das ações e serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia realizadas pelo Ministério da Saúde.

O sétimo texto, “*Importância das instâncias intergestoras do SUS*”, das (os) autoras (es) Blenda Leite Saturnino Pereira e Antonio Carlos Rosa Oliveira Junior é um artigo descritivo da conformação das redes e da gestão interfederativa do SUS, especialmente das Comissões estabelecidas pelo decreto 7.508/2011, no caso, as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regionais de Saúde (CIR) e sua importância para a descentralização, regionalização e qualificação da gestão do SUS.

O oitavo e último texto desta primeira seção, “*Financiamento do SUS: avanços e desafios da luta social pela garantia do direito à saúde*”, dos (as) autores (as) Claudio Ferreira do Nascimento, Iana Oliveira Sousa e José Maria Ximenes Guimarães, é um artigo em que são desenvolvidas algumas reflexões sobre o processo de luta política dos movimentos sociais pelo financiamento do SUS. Tais reflexões partem da identificação de aspectos que caracterizam o subfinanciamento por meio do levantamento de algumas de suas determinações

concretas e dos efeitos geradores de desfinanciamento da EC 95 para construir uma análise tendo por referência as organizações e movimentos componentes do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e o papel assumido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no processo de luta contra o sub/desfinanciamento do SUS.

O Posfácio, que corresponde à segunda seção deste e-book, tem como primeiro texto um relato emocionante e amoroso de Aldinéia Machado Gomes intitulado “*Cidade Democrática*”, texto construído pelo conselheiro nacional de saúde, ex-coordenador da COFIN e militante político Wanderlei Gomes da Silva e ressignificado por sua companheira. No texto, a autora presta uma homenagem ao querido Wanderley, morto de forma triste, absurda e prematuramente em decorrência das ações e omissões governamentais em relação à COVID-19. Wanderlei Gomes deixou um legado que tem por base concreta seu vivaz e ardoroso compromisso com as lutas por justiça social, em defesa do SUS, dos direitos e das liberdades democráticas.

O segundo texto do posfácio intitulado “*Democratização e financiamento do SUS: diálogo com as direções políticas do Conselho Nacional de Saúde*” de autoria de Claudio Ferreira do Nascimento, Ianna Oliveira Sousa e Lizandra Conte é um artigo descritivo, com base na análise e sistematização de entrevistas realizadas com os membros da COFIN e ex-presidentes do CNS Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS (2006-2011) e Ronald Ferreira dos Santos – Presidente do CNS (2015-2018), além do atual presidente do CNS, Fernando Zasso Pigatto (2018-2021). Os entrevistados expõem seus pontos de vistas sobre os grandes desafios do SUS no Brasil de hoje, seus riscos e ameaças, as contribuições da sociedade civil para a gestão do SUS e a necessidade de se garantir o cumprimento dos princípios e diretrizes, o financiamento adequado e suficiente e a gestão democrática do SUS.

Além destes 10 (dez) capítulos do e-book, outras construções foram propostas mas, infelizmente não puderam ser finalizadas a tempo para esta primeira edição como, por exemplo, os textos “A experiência da formação sobre o ciclo orçamentário para conselheiros – ciclo de oficinas e Controladoria Geral da União (CGU)”, “Saúde amanhã e o financiamento do setor saúde do Brasil” e “Auditoria como parceira do controle social no SUS” mas que deverão compor, pela inegável importância dos temas, uma segunda edição deste projeto editorial.

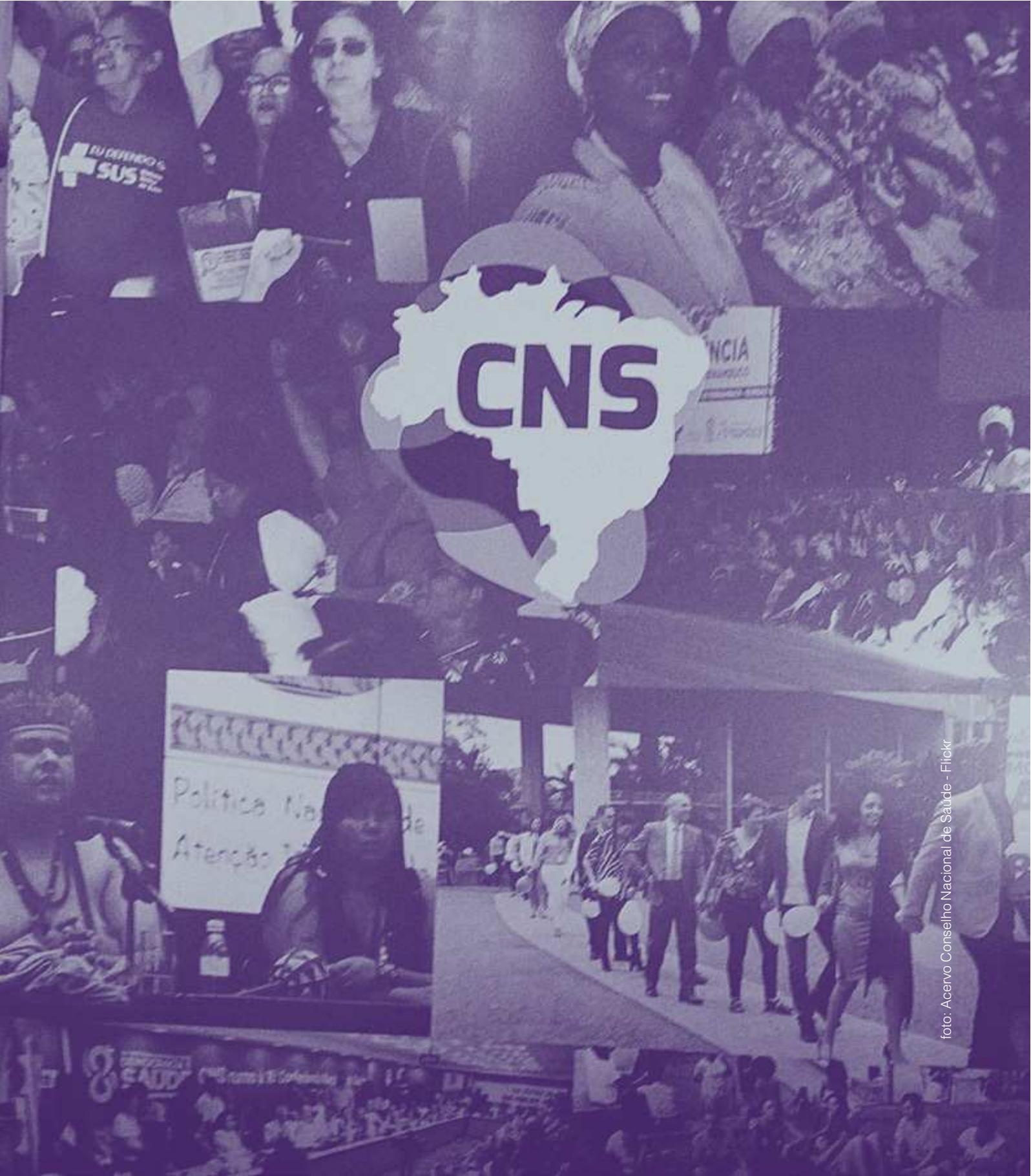
UM CONVITE À DEFESA DO SUS

Esperamos que o conjunto das reflexões trazidas aqui por meio do esforço coletivo dos e das componentes da Comissão de Orçamento e Finanças (COFIN/CNS) e dos apoiadores/debatedores externos possa colaborar de algum modo na árdua tarefa do tempo presente, transformando a situação política recuada que nos encontramos em avanço progressivo da luta por justiça social. Tal tarefa exigirá certamente estratégias de mobilização e preparação para o debate e para as disputas político-ideológicas no sentido da defesa dos direitos sociais e econômicos das maiorias sociais. Um destes direitos fundamentais é o direito à saúde que tem na defesa do SUS, sua consigna mais importante, e na defesa do financiamento público-essencial adequado e suficiente, uma de suas pautas fundamentais.

Boa leitura!

Os organizadores

**SEÇÃO 1:
A COMISSÃO DE
FINANCIAMENTO E A AGENDA
DO FINANCIAMENTO**



CNS

Política Nacional de
Atenção Básica

foto: Acervo Conselho Nacional de Saúde - Flickr

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E A LUTA DO FINANCIAMENTO

André Luiz de Oliveira
Lizandra Nunes Coelho Conte

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), expressivo resultado de um grande processo de discussão e anseio popular, a partir do Movimento da Reforma Sanitária do final dos anos 70 e início da década de 80 do século passado, sendo concebido, em suas origens históricas, como um sistema sob comando do Poder Público, que envolvia unidades públicas de prestação de ações e serviços de saúde. Como resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, O SUS promove, então, uma transição de um modelo assistencial, vertical, centrado na doença para um modelo inovador quanto aos princípios que o constituem universalidade, equidade e integralidade, bem como à lógica de sua organização: regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular.

A participação da comunidade, garantida expressamente no inciso III, art. 198, da Constituição Federal de 1988, apresentou-se pelas instâncias colegiadas, notadamente, por meio das conferências e dos conselhos de saúde, sendo que no âmbito nacional é dada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em atividade desde 1937, à época integrante da estrutura do Ministério da Educação e Saúde Pública. A promulgação da Carta Magna de 1988 foi um marco importante para transformar os conselhos de saúde em espaços de efetiva participação social (BRASIL, 1988).

Com a possibilidade de controle democrático por parte da sociedade civil organizada, no caso da saúde, assegurada por meio da constituição dos conselhos de saúde, ampliando os mecanismos de democracia participativa, tem a sua participação constituída por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários(as), de entidades representativas de trabalhadores(as) da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores(as) de serviços de saúde. A representação dos(as) usuá-

rios(as) nos conselhos de saúde deverá ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Assim, os conselhos de saúde se inserem como instrumento democrático de controle social das atividades do gestor, inclusive fiscalizando o gasto público.

A COMISSÃO DE FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO DO CNS

No que concerne o CNS, especificamente, é uma instância colegiada, de caráter permanente, propositivo e deliberativo, do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937, integrante da estrutura legal do Ministério da Saúde, em consonância com o estabelecido no inciso III, do artigo 198, da Constituição Federal de 1988, na Lei n.º 8.080/1990 e na Lei n.º 8.142/1990, lembrando que, anteriormente a 1990, o CNS constituía-se em um órgão consultivo do Ministério da Saúde, cujos membros eram indicados pelo próprio Ministro de Estado (BRASIL, 1937; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

O CNS é uma das instâncias máximas de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde no Brasil. É competência dos Conselhos de Saúde, dentre outras, propor monitorar e avaliar o processo de planejamento e execução orçamentária e financeira do SUS, inclusive, aprovar os instrumentos de planejamento e o orçamento do Ministério da Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores conquistas sociais no Brasil dos últimos tempos. Mas, com as inúmeras fragilidades em sua aplicação à imensa parcela da população brasileira, como: limitado acesso aos serviços; carência e má distribuição de profissionais; gestão frágil e até fragilizada; financiamento insuficiente e com a aprovação de duas Emendas Constitucio-

nais (EC 86 e EC 95) promotoras de uma brutal ofensiva ou até mesmo um estrangulamento da sustentabilidade orçamentário-financeira do sistema público de saúde, percebe-se um cenário de “desfinanciamento” progressivo e grave dessa política pública e caótico na manutenção dos direitos sociais no país.

Sabendo que a grande maioria da população depende das unidades do SUS e da educação pública para ter o atendimento dessas necessidades básicas, e considerando que saúde e educação são direitos fundamentais inscritos na nossa Constituição Federal, percebe-se uma situação de que deixarão de ser cumpridos pela falta de recursos imposta pela EC 95/2016, apesar de o acesso à saúde e educação serem obrigações do Estado e deveriam estar acima de quaisquer divergências político-ideológicas para a construção de uma sociedade mais justa e fraterna.

A retirada de recursos para o financiamento do SUS e da educação pública está inserida no contexto da redução da capacidade de financiamento dos direitos sociais, e particularmente da seguridade social (saúde, assistência e previdência social), imposta pela EC 95/2016, com o objetivo de transferir recursos dessas áreas para o pagamento dos juros e da amortização da dívida pública, despesas essas que, diferentemente das sociais, não tiveram uma imposição de limite máximo de realização.

A questão do “desfinanciamento” federal do SUS e a questão da fragilidade fiscal dos Municípios (pois 67% da arrecadação tributária no Brasil são de tributos federais e 59% da Receita Disponível depois das transferências ainda ficam na União) estão associadas, uma vez que uma das diretrizes constitucionais do SUS é a descentralização das ações e serviços de saúde, com comando único em cada esfera de governo e financiamento tripartite, mas os recursos estão centralizados na esfera federal - 2/3 do orçamento do MS são transferências para

Estados e Municípios, ou seja, o “desfinanciamento” federal do SUS atinge também Estados, Distrito Federal e Municípios (IDISA, 2021).

A EC 95/2016 está representando o fim do SUS e das políticas públicas pelo “desfinanciamento” programado até 2036. Com isso, a COFIN/CNS busca aprofundar o tema do financiamento, para que o debate em torno dos documentos e propostas aprovadas pelo pleno do CNS, sejam incorporadas nas políticas públicas de saúde, na perspectiva do fortalecimento da mobilização nacional na defesa de mais recursos, adequados e suficientes, para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016).

Ainda, no âmbito dos conselhos de saúde, o Conselho Nacional de Saúde é o mais atuante com realização de reuniões ordinárias mensais; com apoio técnico e administrativo, por meio da Secretaria Executiva; 18 (dezoito) comissões intersetoriais (sendo a COFIN uma delas) e 3 (três) câmaras técnicas (que, dentre outras atribuições, analisa as políticas e os programas de suas respectivas áreas, emitindo pareceres e relatórios para subsidiar posicionamento do Pleno do CNS) e autonomia no seu funcionamento e estrutura, além de dotação orçamentária própria.

A cada 3 (três) anos o CNS realiza eleições para escolher entidades e movimentos sociais nacionais de usuários do Sistema Único de Saúde; entidades nacionais de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área da saúde; entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde e entidades empresariais nacionais com atividades na área da saúde. Com a posse dos representantes (titulares e ou suplentes) das referidas entidades eleitas no processo eleitoral do CNS, há uma escolha interna para a composição de sua mesa diretora e a presidência do CNS, eleitos entre os(as) próprios(as) conselheiros(as), de acordo com as regras estabelecidas no Regimento Interno

do CNS, aprovado pela Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008).

A atuação dos conselhos de saúde é autônoma e independente das autoridades governamentais e, por isso, a sua existência e o seu funcionamento possibilitam a participação autônoma e sistemática da comunidade no debate e busca de soluções para as questões da saúde pública. Desse modo, os conselhos de saúde constituem importante mecanismo de efetivação do SUS e, portanto, de garantia do direito à saúde a todos(as), porquanto podem intervir, direta ou indiretamente, nas políticas públicas referentes à saúde, exigindo que o Estado exerça o seu papel de maneira efetiva e mais presente.

O CNS, além de amplo acompanhamento às diversas áreas temáticas na área da saúde, é também responsável por realizar as conferências e os fóruns e plenárias de participação social nacionais de saúde, aprovar ou não o orçamento da saúde e acompanhar a sua execução, avaliando a cada quadrimestre o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC), a cada ano o Relatório Anual de Gestão (RAG), além de acompanhar e monitorar as políticas de saúde, no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual (a cada 4 anos), tudo com vistas a garantir que o direito à saúde integral, gratuita e de qualidade seja efetivado a toda a população brasileira, nos termos da Constituição Federal vigente.

A Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (COFIN/CNS) é um importante instrumento para o controle social, no exercício de seu papel de acompanhar, fiscalizar e participar da formulação das políticas de saúde, principalmente nos assuntos ligados a orçamento e financiamento, bem como no planejamento e avaliação do SUS, em subsídio e assessoria permanentes ao Pleno do CNS.

As comissões têm por finalidade subsidiar as atividades específicas de promoção e apoio ao processo de Controle Social, pelos Conselhos de Saúde das demais esferas do poder e a COFIN, em especial, na disseminação das atividades relativas à questão orçamentária e financeira, colaborando na formulação de diretrizes para o processo de Planejamento e Avaliação do SUS a luz da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

A sistematização de análise por esta comissão tem como premissa básica a informação dos valores orçamentários disponibilizados para cada item de despesa da planilha de execução orçamentária e financeira em formato específico e próprio, a partir dos limites estabelecidos pela área econômica, além de solicitar esclarecimentos do MS para todos os itens classificados com níveis inadequados, intoleráveis e inaceitáveis de execução, incluindo ainda os itens classificados com nível preocupante, uma vez que, para esses casos, a despesa projetada anualizada com base na execução do período analisado é maior que o valor da dotação atualizada.

Avaliar a possibilidade de atendimento das emendas parlamentares até o final de cada ano a partir da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LOA) também faz parte do escopo de trabalho dessa comissão intersetorial do CNS, buscando promover um acesso mais viável e facilitado na compreensão popular da sociedade em geral na análise do Relatório Anual de Gestão (RAG) fornecido pelos gestores de saúde, sensibilizando a todos contra um “subfinanciamento” do SUS.

A COFIN/CNS ainda acompanha a previsão, pagamento ou cancelamento dos restos a pagar, considerando os baixos níveis de pagamento observado no período e colabora na formulação de diretrizes para o processo de Planejamento e Avaliação do SUS, sistematizando o assessoramento e a qualificação do Conselho Nacional de Saúde,

além de prestar assessoria permanente às demais comissões de “orçamento e finanças” existentes nos demais níveis de instância do Controle Social (Estadual e ou Municipal), como nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, garantindo o bom desempenho na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros em seus respectivos âmbitos de atuação.

Essas atribuições e responsabilidade previstas em lei para a atuação dos Conselhos de Saúde no país, especialmente diante do aspecto da governança do SUS, vem sendo fruto de auditorias nos últimos anos e os órgãos de controle apontam claramente a necessidade de aprimoramento das ações desenvolvidas pelo controle social, cobrando dos Conselhos e Conselheiros um papel mais ativo diante destas inúmeras atribuições.

Os apontamentos e recomendações também foram direcionadas ao Conselho Nacional de Saúde, que se posicionou a partir das recomendações previstas no Acórdão nº 1130/2017 e nº 2.888/2015 do TCU. Esses acórdãos recomendaram ações de fortalecimento dessa governança ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, Comissões Intergestores Bipartite, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e outros, reafirmando essas atribuições, mas ao mesmo tempo cobrando ações mais proativas e qualificadas no acompanhamento das contas públicas da saúde nas diferentes instâncias da gestão e do controle social do SUS.

De forma subsidiária a este Acórdão expedido pelo mesmo órgão supracitado, avaliou-se ainda as determinações e recomendações apontadas no Acórdão 2.888/2015 que descreveu como objetivo geral da auditoria a avaliação da governança das pactuações intergovernamental no SUS, com foco

nos componentes da institucionalização, da coordenação e coerência e da gestão de riscos e controle interno, segundo o Referencial de Avaliação de Governança em Políticas Públicas do TCU. A equipe de auditoria considerou à época que esses três componentes seriam os mais críticos para a pactuação intergovernamental.

Em resposta ao acórdão da Corte de Contas, o CNS reafirmou sua prioridade no fortalecimento das ações desenvolvidas para fortalecer o controle, social, apesar de discordar em parte de algumas das recomendações exaradas pelo TCU, entendendo por exemplo que a governança no âmbito do SUS não poderia ser confundida com a lógica corporativa privada, mas deveria ser estabelecida como uma governança balizada na participação social como previsto na legislação do SUS. Porém, nos pontos acatados do acórdão o CNS deflagrou uma série de ações para fortalecer essas atribuições, deliberando pela aprovação da Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017 que estabelece diretrizes para a estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução CNS nº 453/2012.

Dessa maneira, primordialmente, as contribuições das “comissões de orçamento e finanças” para as tomadas de decisões ao pleno dos respectivos conselhos de saúde e a construção dos instrumentos normativos seguem a seguinte metodologia:

- a) acompanhar, controlar e fiscalizar os recursos financeiros gastos com saúde, oriundos de fonte própria (do Tesouro respectivo) e das transferências intergovernamentais (no caso de estados e municípios que recebem recursos fundo a fundo ou em forma convênio);
- b) analisar e deliberar sobre as prestações de contas quadrimestrais apresentadas

pelo gestor do SUS no respectivo nível de governo (Relatórios Quadrimestral de Prestação de Contas – RQPC), propondo alguma(s) medida(s) corretiva(s) ao Chefe do Poder Executivo no sentido de se buscar uma adequada correção ou realinhamento de prioridades na boa execução orçamentário-financeira;

- c) esclarecer e analisar minuciosamente, com a isenção devida, sobre as peculiaridades e informações imprescindíveis para a deliberação do Pleno do CNS, com vistas à análise e apreciação (com aprovação ou reprovação) sobre a prestação de contas apresentada no Relatório Anual de Gestão (RAG) pelo gestor do SUS no respectivo nível de governo, conforme estrutura, conteúdo, formato e prazos definidos na Portaria MS nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008;
- d) motivar e tratar continua e oportunamente o tema do financiamento adequado e suficiente das políticas públicas em saúde e suas repercussões deletérias às diversas áreas temáticas afins;
- e) colaborar ativamente com a formação permanente na área do financiamento e execução orçamentária, no tocante às peculiaridades do “ciclo orçamentário”, com os conselheiros(as) nacionais, estaduais e municipais de saúde, garantido uma assessoria permanente também aos respectivos conselhos de saúde;
- f) promover uma sensibilização e uma luta permanentes ao processo de subfinanciamento crônico e até “desfinanciamento” do Sistema Único de Saúde, principalmente em tempos de vigência da EC 95, na busca por um financiamento adequado e

suficiente ao sistema público de saúde, em defesa prioritária de uma das maiores conquistas sociais do povo brasileiro, enquanto direito da sociedade.

E para uma boa condução dos vários processos que permeiam a coisa pública, faz-se necessário realizar uma boa articulação e um bom planejamento das ações e serviços públicos, nas 3 (três) esferas de governo (federal, estadual e municipal). Para tanto, no campo da saúde, temos a essencial e contínua integração dos diversos instrumentos que compõem o que denominamos de “Ciclo Orçamentário”, com o respectivo Plano de Saúde (PS) ao Plano Plurianual (PPA) e da respectiva Programação Anual de Saúde (PAS), à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), que deverão ser submetidos à apreciação e à aprovação dos Conselhos de Saúde (Participação Social ou da Comunidade) antes do encaminhamento ao Poder Legislativo, dado seu caráter deliberativo estabelecido na Lei 8142/90 e reiterado na Lei Complementar 141/2012 (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2012).

O processo de planejamento no âmbito do SUS tem como base diversos referenciais legais e normativos, tais como a Lei nº. 8.080/90, a Lei Complementar nº. 141/2012 e, em particular, a Portaria nº. 2.135 de 2013, incorporada na Portaria de consolidação nº 1, de 2017, que estabeleceu as diretrizes e indicou os instrumentos responsáveis pela sua operacionalidade, destacadamente o Plano Nacional de Saúde (PNS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) e o Relatório de Gestão (RAG) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

Tão importante quanto definir os resultados prioritários que se pretende alcançar nos próximos quatro anos é estipular como será desenhada a gestão do Plano que, entre outras questões, deve obedecer à dinâmica da administração federal e

do processo de planejamento do SUS, tendo em atenção os prazos estabelecidos e os subsídios gerados pelos demais instrumentos de gestão e de controle.

O Ciclo Orçamentário de qualquer área governamental, especialmente do setor saúde, deve ser entendido a partir da interdependência existente entre os instrumentos básicos do planejamento do setor público brasileiro e os instrumentos básicos do planejamento das ações e serviços públicos da área específica. Para um melhor entendimento da dinâmica e do processo de discussão e construção de vários instrumentos que compõem um ciclo orçamentário, vamos tomar como exemplo o setor da saúde pública. Este setor, como acontece nas demais políticas públicas, possui um conjunto de normas e diretrizes que delineiam o que denominamos de Sistema Único de Saúde (SUS) e encontra-se definido com base no “marco constitucional-legal e infralegal” e seguir destacados:

a) PPA (Plano Plurianual, quadrienal), LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias, anual), LOA (Lei Orçamentária Anual) e os relatórios RREO (Relatório Resumido da Execução Orçamentária, bimestral) e RGF (Relatório de Gestão Fiscal, quadrimestral): Constituição Federal; Lei Complementar nº 101/00 (também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, atualizada pela Lei Complementar nº 131/2009); e Lei Federal nº 4320/64 (que disciplina o orçamento e a contabilidade pública): e

b) PS (Plano de Saúde, quadrienal), PAS (Programação Anual de Saúde) e os relatórios RQPC (Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas) e RAG (Relatório Anual de Gestão); e RREO (citado no item “a”) bimestral específico para a saúde: Constituição Federal; a Lei Federal nº 8080/90; a Lei Federal nº 8142/90; a Lei Complementar nº 141/2012; e os decretos e portarias que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para tanto, a COFIN vem insistindo em um processo permanente de capacitação dos diversos atores do Controle Social, com a realização de encontros, seminários e rodas de conversa sobre a temática do financiamento do SUS desde o ano de 2003, com vários ciclos de oficinas macrorregionais debatendo as peculiaridades e especificidades do financiamento adequado e suficiente a esta imprescindível política pública em todo o país, além de estabelecer parcerias estratégicas e louváveis com diversos outros atores de Controle de Contas e Processos, como a CGU – Controladoria Geral da União, promovendo uma capacitação remota sobre “Ciclo Orçamentário” com conselheiros estaduais e municipais de saúde juntamente com as equipes dos núcleos de Ações de Ouvidoria e Prevenção da Corrupção (NAOPs) e Núcleos de Ações de Controle (NACs) nas Superintendências Regionais da CGU na grande maioria das unidades federadas e nos últimos anos vem oferecendo ainda um curso na modalidade EAD sobre “Participação e Controle Social”, potencializando o alcance e efeito positivo neste tipo de capacitação aos interessados e atores do Controle Social no país.

O CNS preocupado com atuação dos conselhos na agenda de fiscalização e permanente defesa do SUS vem deliberando desde 2017 no Planejamento Estratégico do órgão diferentes ações destinadas ao fortalecimento do processo de qualificação da atuação dos conselheiros e conselhos de saúde no país, e neste momento é necessário reiterar a ênfase para o processo de educação permanente desses atores, e ainda, à luz das diretrizes da Resolução nº 554/2017 que se estabeleça no âmbito da gestão as condições estruturais necessárias aos Conselhos de Saúde para o permanente acompanhamento dos encaminhamentos e efetivação das deliberações aprovadas em suas reuniões plenárias e nas Conferências de Saúde, nos termos previstos pela Lei Complementar nº 141, de

13 de janeiro de 2012, e pela Resolução CNS nº 454, de 14 de junho de 2012 (BRASIL, 2012).

E, para uma melhor e adequada formação dos conselheiros de saúde na área de orçamento e financiamento, a COFIN/CNS elaborou e publicou o Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde, representando uma acessível ferramenta de pesquisa e consulta aos interessados no tema do financiamento das políticas públicas, disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Orcamento_2014_revisado.pdf.

Cabe ainda destacar que a COFIN/CNS é atualmente coordenada pelo representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), juntamente com os representantes da Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM) e Federação Interestadual de Odontologistas (FIO), sendo as duas primeiras do segmento de usuários do SUS e a terceira do segmento de trabalhadores/profissionais de saúde. Além da coordenação, essa comissão possui outros 13 integrantes titulares (5 do segmento de usuários do SUS, 5 do segmento de trabalhadores/profissionais de saúde e 3 do segmento gestor/prestador de serviço) e 14 integrantes suplentes (8 do segmento de usuários do SUS, 5 do segmento de trabalhadores/profissionais de saúde e 1 do segmento gestor/prestador de serviço), elencados abaixo:

Relação de entidades presentes na COFIN/CNS 2021

Coordenação: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB

Coord. Adjunta: Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM

Federação Interestadual de Odontologistas – FIO

Integrantes Titulares:

Segmento Representado	Entidade
Usuários	Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS
Usuários	Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD
Usuários	Central Única dos Trabalhadores – CUT
Usuários	Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG
Usuários	Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Federal – CONDSEF
Trabalhadores/Profissionais de Saúde	Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde - UNASUS
Trabalhadores/Profissionais de Saúde	Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO
Trabalhadores/Profissionais de Saúde	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES
Trabalhadores/Profissionais de Saúde	Conselho Federal de Serviço Social – CFESS
Trabalhadores/Profissionais de Saúde	Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM
Gestor/Prestador de Serviço	Ministério da Saúde
Gestor/Prestador de Serviço	Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS
Gestor/Prestador de Serviço	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS

Integrantes Suplentes:

Segmento Representado	Entidade
Usuários	União Nacional dos Estudantes – UNE
Usuários	Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil - CTB
Usuários	Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos - COBAP
Usuários	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM
Usuários	Nova Central Sindical de Trabalhadores - NCST
Usuários	União de Negros pela Igualdade - UNEGRO
Usuários	Confed. dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal - CONFETAM/CUT
Usuários	Aliança Nacional LGBTI+
Trabalhadores/Profissionais de Saúde	Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA
Trabalhadores/Profissionais de Saúde	Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social - CNTSS
Trabalhadores/Profissionais de Saúde	Conselho Federal de Farmácia - CFF
Trabalhadores/Profissionais de Saúde	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS
Trabalhadores/Profissionais de Saúde	Federação Nacional dos Agentes de Saúde e Endemias - FENASCE
Gestor/Prestador de Serviço	Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa - INTERFARMA

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 454, de 14 de junho de 2012**. Resolve sobre as Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0454_14_06_2012.html. Acesso em: 12 jan. 2022.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 12 de maio de 2012**. Sítio Eletrônico Oficial. Brasília, 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: jun. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017**. Sítio Eletrônico Oficial. 2017a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/siacs/Reso554.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2021.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de março de 2015.

_____. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 15 de dezembro de 2016.

_____. **Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de janeiro de 2012.

_____. **Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937**. Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Diário Oficial da União, Brasília, 15 de janeiro de 1937.

_____. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_1_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 12 jan. 2022.

_____. **Portaria nº. 2.135, de 25 de Setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 12 jan. 2022.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: jun. 2017.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: jun. 2017.

_____. **Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008**. Aprovação do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 11 de março de 2009.

_____. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 1130/2017-TCU-Plenário**, Data da Sessão: 31 de maio de 2017b – Ordinária. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/juris/Web/Juris/ConsultarTextual2/Processos.faces?grupoPesquisa=PROCESSO>. Acesso em: jun. 2017.

_____. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 2.888/2015**. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/oficina-acordao-tcu/>. Acesso em: 12 jan. 2022.

INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO. **Domingueira Nº 25 - Julho 2021**. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-25-julho-2021>. Acesso em: 10 nov. 2021



foto: Acervo Conselho Nacional de Saúde - Flickr

HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO DO SUS: EVIDÊNCIAS JURÍDICO-ORÇAMENTÁRIAS DO DESINTERESSE GOVERNAMENTAL FEDERAL SOBRE A GARANTIA DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE⁴

Lenir Santos⁵
Francisco R. Funcia⁶

4 Artigo revisto e atualizado pelos autores, cuja primeira edição foi publicada na Revista Domingueira da Saúde nº 20, de 19 de maio de 2020 (disponível em <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-20-maio-2020>).

5 Lenir Santos é advogada, especialista em Direito Sanitário pela Universidade de São Paulo (USP), doutora em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa) e conselheira nacional de saúde.

6 Francisco R. Funcia é economista e mestre em Economia Política pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Doutorando em Administração pelo PPGA/Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), Professor e Coordenador-Adjunto do Observatório de Políticas Públicas, Empreendedorismo e Conjuntura da USCS Consultor-Técnico do Conselho Nacional de Saúde e Vice-Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES).

“O maior embaraço para a implantação do SUS constitucional foi, e é, o financiamento da saúde. Bastaria o governo cumprir as leis, pois já estavam garantidos 30% da seguridade social para a saúde”.
Gilson Carvalho, 2012.

INTRODUÇÃO

Nenhum governo, após a caminhada civilizatória da humanidade que culminou com a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), pode deixar de lado a sua responsabilidade social. Isso não significa o abandono da responsabilidade fiscal necessária ao equilíbrio das contas públicas; ambas devem andar juntas, o equilíbrio fiscal e o bem estar da população. O Estado de bem-estar social é fruto da concepção Bobbio (1992) de que não basta proclamar direitos, é preciso efetivá-los. E para efetivá-los, recursos financeiros são necessários.

A responsabilidade social é um freio estatal ao instinto predatório do capital visando à diminuição das desigualdades sociais, mediante a garantia aos cidadãos de seus direitos fundamentais, como a saúde, intrinsecamente ligada à vida; à educação, ao desenvolvimento da ciência, pesquisa e tecnologia.

No nosso país, infelizmente, o Estado social nem sempre foi uma prioridade, ainda que a Constituição tenha essa feição; a frase que embalou diversas gerações era a de que primeiro fazer o bolo crescer para depois dividi-lo. Um bolo que cresceu para algumas elites, com a pobreza colocando o Brasil no final fila no quesito distribuição de renda e IDH.

A saúde pública, pelo histórico de seu financiamento, nunca encontrou suficiência para atender as necessidades das pessoas; não fora a luta de determinadas autoridades públicas, especialistas

e da sociedade, o SUS poderia ter se transformado num sistema de saúde pobre para pobres.

Queremos com os dados históricos a seguir demonstrar que a saúde, ainda que garantida pela Constituição, nunca foi, por nenhum governo, em 32 anos, priorizada na alocação de recursos orçamentários e financeiros (SANTOS, 2020).

Elaboramos, neste trabalho, uma linha do tempo do financiamento da saúde, a partir da Constituição de 1988, para demonstrar que o direito à saúde no Brasil, concebido de modo humanitário na Constituição, não foi até os dias de hoje, assim reconhecido pela área econômica federal ainda que saúde universal espelhe uma evolução que engrandece a Nação.

O TRIPÉ CONSTITUCIONAL DA SAÚDE

A Constituição Cidadã positivou direitos, até então não reconhecidos em seu valor intrínseco para a garantia da vida e da dignidade da pessoa. Previdência, saúde e assistência passaram a integrar a Seguridade Social, sistema com orçamento próprio e contribuições sociais específicas, além dos recursos do orçamento fiscal (art. 195 da Constituição da República).

Importante destacar que a Constituição, ao reconhecer saúde como direito, previu um sistema jurídico-administrativo próprio para integrar as ações e os serviços públicos de saúde de todos os entes federativos e definiu um critério-guia ou uma matriz orçamentária para orientar o seu financiamento, uma vez que direitos sociais não se concretizam sem financiamento adequado.

Esse tripé da saúde, o direito posto, o sistema único e o seu financiamento, se cumprido fosse, a saúde pública teria lugar de destaque no cenário nacional e internacional.

Para a efetivação do direito à saúde, o SUS passou a ser organizado nacionalmente, mediante a integração de ações e serviços de saúde de âmbito federal, estadual e municipal, em rede nacional, estadual, regional e municipal, tendo, ao longo desses anos, 47 políticas públicas, definidas pelo Ministério da Saúde, em execução pelas três esferas de governo, nem sempre de modo satisfatório pela falta de financiamento adequado (SANTOS; CARVALHO, 2018).

Suas dificuldades se devem, quase que integralmente, ao seu baixo financiamento, sem ignorar as próprias da gestão, sempre em menor escala que as do financiamento, e muitas vezes, por ele agravado. Além do mais, a ineficiência da gestão não exclui a insuficiência orçamentária. É preciso, pois, combater as duas de modo igual pelo fato de que a eficiência administrativa não suprirá o seu subfinanciamento.

O subfinanciamento da saúde teve início com o descumprimento de sua matriz orientadora, conforme art. 55 do ADCT, que preconizava 30% dos recursos do orçamento da seguridade social para a saúde, seguido de medidas jurídico-fiscais, como a desvinculação de recursos, a DRU. Uma permanente tensão entre o Ministério da Saúde e as áreas econômicas do governo federal, podendo citar fatos como o pedido de exoneração do cargo de Ministro da Saúde pelo Dr. Adib Jatene, no governo FHC, 1996; o enfarte dentro do Ministério da Saúde do Dr. Gilson Carvalho, secretário da Secretária de Assistência à Saúde (SAS), em 1994.

Do ponto de vista administrativo-sanitário, o SUS teve grande sucesso ao longo do tempo, pela capacidade das autoridades do Poder Executivo e Legislativo de promover a transição de um modelo previdenciário de assistência à saúde, amplamente segmentado, sem direção única em cada esfera de governo⁷ para um sistema integrado e integral.

⁷ Cuidavam da saúde em âmbito federal o MS, o MPAS, o MEC e o

Essa segmentação foi a causa de duas diretrizes constitucionais, inseridas nos incisos I e II do art. 198 da Constituição da República (CR), que impõe a integração das ações preventivas com as curativas e a determina a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Em 1993, a extinção do Inamps foi um passo decisivo, assim como a criação das comissões intergestores tripartite e bipartite, essenciais para a gestão de um sistema de saúde interfederativo, interdependente e organizado em rede de atenção de modo regionalizado.

Contudo, o mesmo não se pode falar da suficiência do financiamento, sempre objeto de tergiversação pelas autoridades econômicas do governo federal, iniciada com a inclusão de ações e serviços não considerados como “saúde” *stricto sensu*, para ludibriar a aplicação dos 30% do orçamento da seguridade social na saúde, conforme determinação constitucional e de diversas LDO’s. Ações de assistência social, como alimentação aos necessitados; ações previdenciárias, como inativos da saúde, e assim por diante.

Adib Jatene, em seu discurso de posse como Ministro da Saúde em 1995, ressaltou que a “a nova ética social expressa na CF estendendo o atendimento a toda a população, não foi acompanhada pelo aporte de recursos necessários para cumprir a determinação constitucional.” Gilson Carvalho também afirma que “o maior embaraço para a implantação do SUS constitucional foi, e é, o financiamento da saúde. Bastaria o governo cumprir as leis, pois já estavam garantidos 30% da seguridade social para a saúde”.

Esse foi o início do descumprimento – nunca cessado – da orientação constitucional, do critério-guia

de alocação de 30% dos recursos do orçamento da seguridade social para a saúde.

Por isso, traçar uma linha do tempo do financiamento da saúde, a partir de 1988, com a Lei n. 8.080, de 1990, que revogou a Lei n. 6.229, de 1975, que dispunha sobre o Sistema Nacional de Saúde até então vigente e a manter atualizada no Painel Gilson Carvalho, do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), é de fundamental importância para que a população compreenda e possa discutir democraticamente as alocações orçamentárias das políticas públicas.

III - Linha do tempo do financiamento da saúde – 1988 a 2020 – recursos do OSS, recursos negociados, vinculação de percentuais de receitas móveis, piso-teto pela base fixa (MENDES; FUNCIA, 2016).

A questão do financiamento federal do SUS sempre foi alvo de tensão envolvendo o Ministério da Saúde e a área econômica do governo federal, independentemente dos protagonistas envolvidos (FUNCIA, 2018).

1988 – Critério-guia: art. 55 do ADCT: 30% do OSS. Se esse critério tivesse sido adotado, os recursos federais da saúde seriam 271b e não 125b (2020), portanto, correspondente a uma diferença negativa de R\$ 146,1 bilhões para o SUS. A Tabela 1 ilustra essa situação.

Tabela 1 - Simulação da Perda dos Recursos Federais para o SUS com base na regra dos 30% do Orçamento da Seguridade Social

	Receitas do orçamento da Seguridade Social (OSS) c/ incidência da DRU	30% do OSS	Despesa Empenhada MS	Diferença entre 30% do OSS e a despesa empenhada	Despesa empenhada MS em % do OSS
Ano	(A)	B = Ax30%	(C)	D = B-C	(E)
2016	635,3	190.6	106.2	84.4	16.7%
2017	675,2	202.6	114.7	87.9	17.0%
2018	713.1	213.9	116.8	97.1	16.4%
2019	750,1	225,0	122.3	102,8	16.3%
2020	905.0	271.5	125.4	146.1	13,9%

Fonte: Rodrigo Benevides, Carlos Ocke e Francisco Funcia (a partir de informações disponíveis em Réatório Resumido de Execução Orçamentária - RREO, disponível em <<https://bit.ly/2QUyPIh>> para as receitas da seguridade social - para 2020 valor previsto no RREO de fev/2020. Siga Brasil Senado Federal, disponível em <<https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrazil>> para a despesa empenhada entre 2016 e 2019 e Autorizado 2020 - até 27/02/2020).

1990 a 2012 – A inclusão de ações e serviços de áreas que não a saúde, como previdência social, educação, assistência social, infraestrutura, retirou da aplicação direta em saúde por volta de 11% do seu orçamento, anualmente. Exemplos de serviços que claramente não poderiam ser considerados como de saúde: inativos da saúde (previdência); pessoal dos hospitais universitários federais (educação); alimentação aos necessitados (assistência social); saneamento (Infraestrutura). Consultar ADI 2.999, de 2008⁸.

8 Tal distorção que vigorou na saúde em todo o país de 1990 a 2012, quando da edição da Lei Complementar 141 que definiu o que são e não são ações e serviços de saúde para efeito de cômputo dos gastos mínimos com saúde (arts. 2º a 4º). Consultar STF ADI 2.999, de 2008 (RJ).

1993 – Ausência de repasses obrigatórios devidos pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), agente arrecadador, cujo Ministro era Antonio Britto, ao Ministério da Saúde (MS) por mais de 110 dias. Isso ensejou ações judiciais dos hospitais privados que participavam complementarmente do SUS; Representação ao Procurador Geral da República pelo Conass e Conasems. A intervenção do PGR, com a abertura do inquérito civil público n.1, permitiu a retomada das transferências, mas sem a devida retroatividade, o que deu ensejo a uma dívida de 2 bilhões de reais pelo empréstimo do Fundo do Amparo ao Trabalhador (FAT) ao MS, em relação a uma dívida não gerada por ele, mas sim pelo MPAS em 1994 (CARVALHO, 2002).

1994 a 2023 – A desvinculação de receitas da União (DRU) teve início com a Emenda Constitucional de Revisão n. 1, de 1º de março de 1994, e sucessivas prorrogações, por 7 (sete) emendas ao ADCT. A desvinculação provisória realizada em 1994 fará 29 anos em 2023! Ela foi estendida até 31 de dezembro de 2023! São as Emendas Constitucionais n. 10, de 04 de março de 1996; n. 17, de 22 de novembro de 1997; n. 27, de 31 de março de 2000; n. 42, de 19 de dezembro de 2003; n. 56, de 20 de dezembro de 2007, n. 68, de 21 de dezembro de 2011 e n. 93, de 8 de setembro de 2016).

1994 – A conversão da URV para a nova moeda, o Real. Na época, o setor saúde vinha se desfinanciando ao ponto de desativar leitos⁹e o desafio da negociação era fazer a conversão mais próxima da realidade do SUS, conforme Gilson Carvalho (2002). Esse acordo nunca ocorreu. As perdas decorrentes da tabela de procedimentos não corrigidas deste sempre e pleiteadas em ação judicial, se corrigidas em 2001, implicariam em 41 bilhões

9 O setor saúde vinha se exaurindo e se desfinanciando a cada dia. A crise era detectada por todos. A evidência se fazia pelo número de leitos que iam sendo desativados, aos poucos, por total incapacidade de manutenção.” Gilson Carvalho, op. Cit.

de reais¹⁰ - ação judicial iniciada em 1994, tramitou até 2001, sem sucesso para os impetrantes - (Ação ordinária de cobrança. 17ª Vara – DF – processo 95.64.59-6).

1995 – Buscou-se promover uma reforma na Seguridade Social, o que levou o ilustre e saudoso jurista Geraldo Ataliba a dizer que era totalmente desnecessária e que, por trás disso, estavam 40 bilhões de reais ligados a previdência privada e interesses das companhias de seguro saúde¹¹. Por falta de recursos, começou-se a discutir a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) para a saúde, assumida pelo Ministro Jatene¹², seu fiador.

1996-1997 - Criação da CPMF pela EC 12, de 15 de agosto de 1996. Efeitos a partir de janeiro de 2017. O orçamento da saúde era de 14,3b, ao qual deveria se somar 6,9b da CPMF. A execução do MS foi de 17,6b, faltando 3,6b. Por quê? O governo subtraiu fontes próprias. Com uma mão se colocou a CPMF e com outra foram subtraídas fontes que vinham financiando a saúde, como Cofins, CSLL etc¹³.

1998 – Editada a EC 20 que segregou contribuições sociais destinadas desde 1988 à seguridade social, tornando-as exclusivas da previdência social, diminuindo assim as fontes que financiavam a saúde e a assistência social.

2000 – Na contramão do subfinanciamento, o Congresso Nacional aprovou a vinculação de recursos à saúde pela EC 29, ou exatamente para coibir os desmandos até então havidos. O governo, incon-

formado com a EC, tentou fazer valer a tese em parecer da AGU de que o valor mínimo a ser aplicado em saúde pela União seria sempre o valor do ano anterior, corrigido da variação do PIB, entendido como valor do ano anterior o valor do ano de 1999, como base fixa, corrigido pela variação do PIB. De tão absurda a tentativa de deturpar o disposto na EC 29, tal tese aventada inicialmente não prevaleceu tal a repercussão negativa no Congresso e no meio jurídico e sanitário.

2007 – Em dezembro de 2007, a CPMF foi extinta por decurso de prazo, uma vez que não foi aprovada a proposta que estendia a sua cobrança até o ano de 2011. A CPMF arrecadou 223 bilhões entre 1998 a 2006¹⁴, tendo sido aplicado na saúde o valor de 33,5b, quando a sua instituição original havia sido para financiar com exclusividade a saúde, o que nunca ocorreu e levou a demissão do Ministro Jatene.

2012 - Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública - Saúde Mais 10 - do Conselho Nacional de Saúde (CNS), visando um projeto de lei de iniciativa popular, preconizando 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União para a saúde. Tal projeto coletou mais de 2 milhões de assinaturas (PLP 321/2013). Projeto arquivado em razão da aprovação da EC 86, de 2015, que previu 15% das receitas correntes líquidas da União, de modo escalonado, por cinco anos como gasto mínimo em saúde.

2015 - A resistência e pressão da área econômica contra o PLP 321/2013 (Saúde+10) resultou na articulação do governo federal junto ao Congresso Nacional para aprovação da EC 86/2015. A garantia conquistada na EC 29/2000 de que os recursos do SUS não seriam reduzidos de um ano para o outro, tendo como referência a atualização do va-

10 Ibidem. Pag. 108 a 121.

11 Consultar obra de Gilson Carvalho já citada, pag. 149-150 que comenta a pretensa reforma, na qual seria inserida, no art. 196 da CR, que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido, nos termos da lei, (...).

12 PEC n. 256-A/95, com a previsão de trazer para a saúde de modo exclusivo, 5 bilhões/ano.

13 PEC n. 256-A/95, com a previsão de trazer para a saúde de modo exclusivo, 5 bilhões/ano.

14 AGÊNCIA SENADO. Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>. Acesso em: 16 nov. 2021.

lor aplicado no ano anterior pela variação nominal do PIB, foi perdida com a nova regra de cálculo do piso que passou a ser as Receitas Correntes Líquidas (RCL), a saber: 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União, a ser implementado de forma escalonada e progressiva, em cinco anos: 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019; e 15,0% em 2020.

Com isso, segundo Funcia (2018), os pisos de 2016, 2017 e 2018 seriam inferiores à aplicação de 2014 (14,2% da RCL), bem como os pisos desses anos, e o de 2019, seriam inferiores a 2015 (14,7% da RCL). Em outros termos, somente a partir de 2020, o piso retomaria o nível de aplicação de 2015.

Considerando o princípio da vedação de retrocesso de direitos fundamentais, foi impetrada pela PGR a ADI 5.595, tem como relator o Ministro Ricardo Lewandowski, que concedeu medida liminar suspendendo os efeitos do escalonamento para o ano de 2016, com dever da União de repor os valores devidos, além da questão dos valores do pré-sal, conforme veremos abaixo¹⁵.

Outra novidade negativa para o financiamento do SUS em decorrência da EC 86, foi a determinação da execução orçamentária obrigatória de emendas parlamentares individuais equivalente a 1,2% da RCL, sendo 50% (0,6% da RCL) em ações e serviços públicos de saúde.

Essa obrigação compromete atualmente o orçamento do Ministério da Saúde em mais de R\$ 5,0 bilhões – em torno de 4% do total, contra menos de 1% que representou, em média, no período 2009 a 2013, sendo que esse crescimento passou a pressionar a programação própria do Ministério da Saúde na medida que os valores mínimos não foram ampliados, pelo contrário. Em outros termos, quadruplicou a parcela do orçamento do SUS des-

15 A EC 95 de 2016, acabou por revogar o escalonamento da EC 86.

tinada exclusivamente aos interesses parlamentares: mesmo que sejam aplicados em saúde, eles nem sempre atendem às necessidades previstas em planejamento dos entes federativos.

Por fim, com a EC 86/2015, a receita de royalties do Pré-Sal perdeu a condição de financiamento adicional ao “piso” constitucional, estabelecido pela Lei nº 12.858/2013, ou seja, anulou o efeito de fonte específica e temporária de novos recursos para o atendimento das necessidades de saúde da população, especialmente para investimentos e para o fortalecimento tripartite do SUS, diante do esgotamento de alocação adicional de recursos próprios, principalmente por parte dos municípios, que mais que dobraram sua participação orçamentária, desde 1991, conforme ilustra a Tabela 2. Em 2019, conforme publicação no site do Conasems¹⁶, os municípios aplicaram R\$ 31 bilhões a mais em comparação ao ano de 2018.

Tabela 2 - composição do financiamento do SUS

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIO
1991	73%	15%	12%
2001	56%	21%	23%
2010	45%	27%	28%
2014	43%	26%	31%
2017	43%	26%	31%

Fonte: Adaptado de apresentações e debates dom Gilson Carvalho e Áquilas Mendes e de SIOPS/MS

2016 – A edição da EC 95/2016, que denominamos de o último prego na cruz, ou seja, a morte anunciada do SUS pelo seu desfinanciamento. Nesse ano de 2016, houve um breve alento para

16 www.conasems.org.br

o aprofundamento do processo histórico de subfinanciamento do SUS: esse novo processo representa a redução de recursos que já eram insuficientes para atender as necessidades de saúde da população. A Tabela 3 ilustra essa situação.

Tabela 3 - Perdas de Financiamento Federal do SUS a partir de 2018 decorrentes da mudança de regra de cálculo da EC 95/2016

	Receita Corrente Líquida (RCL) (em R\$ milhões correntes)	Valor de Referência para o piso 15% da RCL (em R\$ milhões correntes)	Valor Aplicado - Empenho 2018 e 2019 ¹ e Autorizado 2020 (em R\$ milhões correntes)	Perda Anual (em R\$ milhões correntes)
Ano	A	B = Ax15%	C	D = B-C
2018	805.348	120.802	116.821	-3.981
2019	905.659	135.849	122.270	-13.579
2020	869.100	130.365	125.443	-4.922
Total				-22.482

Fonte: Siga Brasil, Senado Federal - Universo LOA2020 - Despesa Execução, valores empenhados em ASPS (Id. Uso =6) em 2018 e 2019 e valor autorizado para 2020. Secretaria do Tesouro Nacional - Demonstrativo da Receita Corrente Líquida (3º quadrimestre de 2018 a 2019 e 1º bimestre de 2020) e valor empenhado em 2018 e 2019 e autorizado para 2020 do Siga Brasil (Senado Federal) Elaboração de Francisco Funcia, Rodrigo Benevides e Carlos Ocké.

Nota: (1) O valor empenhado em 2019 foi obtido pelo acréscimo da despesa financiada por recursos das fontes 142 e 342, referentes às receitas dos royalties do petróleo, de R\$ 344,4 milhões, classificada com o identificador de uso = 6 (ASPS), mas que deve ser considerada como financiamento de despesa adicional ao piso federal do SUS.

2018-2020 - As perdas do SUS a partir de 2018 estão estimadas em R\$ 22,5 bilhões (na Tabela 3, para fins de comparação com os demais anos, os parâmetros de 2020 foram os aprovados na Lei Orçamentária); porém, em termos de aplicação efetiva (soma de 2018 e 2019), a redução de recursos atingiu R\$ 17,6 bilhões. Tabela 4 ilustra a perda verificada enquanto proporção da receita corrente líquida, quer do piso, quer da aplicação efetiva até 2019.

É oportuno alertar que, historicamente, o piso tem sido a referência para a aplicação efetiva, exceto nos exercícios em que houve a necessidade de alocação adicional de recursos para combater epidemias e pandemias (dengue, gripe H1N1 e Covid-19). Em certa medida, a área econômica do governo federal considera o piso do SUS como teto e com a EC 95/2016, esta prática ganhou reforço.

Convém salientar que o prejuízo que a EC 95/2016 está causando para a saúde coletiva no Brasil também pode ser evidenciada pelos seguintes motivos:

- a) gastos crescentes decorrentes da incorporação do desenvolvimento técnico e tecnológico do setor saúde – a redução de recursos dificulta a necessária modernização da saúde pública, cuja defasagem tende a prejudicar a todos, mas principalmente a maioria que depende exclusivamente do SUS para a assistência à saúde;
- b) a redução das despesas sociais como decorrência do teto de despesas primárias fixado nos níveis de 2016, condiciona negativamente o atendimento das necessidades da população em outros setores que trazem prejuízos para a saúde da população, como saneamento básico, habitação, transportes, dentre outros; e

Tabela 4 - Perdas de Financiamento Federal do SUS a partir de 2018 decorrentes da EC 95/2016 (em R\$ per capita e como proporção da Receita Corrente Líquida)

Anos	IPCA Variação Média Anual (%)	IPCA Médio - Fator de correção para 2019	População (milhões de habitantes)	Receita Corrente Líquida (R\$ milhões)	RCL (R\$ de 2019 por habitante)	Piso ASPS (R\$ 1,00 de 2019 por habitante)	Piso/RCL	Empenhado (R\$ milhões)	Empenhado percapita (R\$ 1,00 de 2019 por habitante)	Empenhado / RCL
2017	3,45	1,0753	207,7	727.254	3.766	565	15,00%	114.701	594	15,77%
2018	3.66	1,0373	208 5	805.348	4.007	559	13,95%	116.821	581	14,51%
2019	3.73	1,0000	210,1	905.659	4.310	558	12,95%	122.615	583	13,54%

Fonte: Rodrigo Benevides, Carlos Ocke-Reis e Francisco Funcia. (a partir de informações disponíveis em Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE para o IPCA, Produto Interno Bruto-PIB e população estimada com data de referência em 1º de julho. Secretaria do Tesouro Nacional - STN/ME para a Receita Corrente Líquida. Siga Brasil-Senado Federal para a execução orçamentária e financeira com Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS).

Nota 1: Valores atualizados para preços médios de 2019 pelo índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA (IBGE)

c) o estabelecimento do teto de despesas primárias no contexto da recessão econômica, representa uma espécie de retroalimentação para o baixo nível de atividade econômica, o que causa desemprego e queda de renda da maioria da população, o que deteriora as condições de saúde da população.

É possível aferir que os recursos do SUS são insuficientes para atender as necessidades de saúde da população em comparação aos gastos de outros países, conforme ilustra a Tabela 5 (página 41).

Se o gasto público consolidado em saúde do Brasil correspondesse aos 7,9% do PIB como ocorre no Reino Unido, seriam alocados cerca de R\$ 256 bilhões adicionais aos R\$ 265 bilhões aplicados em 2018 – à guisa de comparação, se os 19,4% da RCL da PEC 01/D, aprovada em 1º turno na Câmara dos Deputados em 2016 (correspondente aos 10% da receita corrente bruta do “Projeto Saúde+10”), estivesse em vigor em 2019,

representaria um piso federal do SUS de R\$ 175,7 bilhões (ou R\$ 53,1 bilhões a mais do que foi efetivamente aplicado).

Esse processo de desfinanciamento do SUS tem inviabilizado a alocação de recursos necessários para cumprir a deliberação do CNS de 2015, que buscou condicionar a alocação dos novos recursos, a serem obtidos mediante novas fontes de receita de caráter não regressivo, para aplicação prioritária na mudança do modelo de atenção à saúde, com a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde e a valorização dos profissionais do SUS. Estudo realizado por Funcia (2019) apurou que para:

“I) (...) quadruplicar o valor da despesa empenhada para o Piso de Atenção Básica-PAB Fixo em 2018 (R\$ 5,150 bilhões), conforme Brasil, Ministério da Saúde/ SPO14, seriam necessários R\$ 15,500 bilhões/ano de recursos adicionais;”

“II) (...) quadruplicar os recursos orçamentários para a Farmácia Básica-

-PAB em comparação ao valor empenhado em 2018 (R\$ 1,500 bilhão), conforme Brasil, Ministério da Saúde/SPO14, seriam necessários aproximadamente R\$ 4,5 bilhões/ano de recursos adicionais;”

“III) Ampliar em 50% o valor das despesas empenhadas com Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família (PACS/PSF) pelo Ministério da Saúde em 2018 (R\$ 14,622 bilhões), conforme Brasil, Ministério da Saúde/SPO14, a serem transferidos na modalidade fundo a fundo para os Municípios, seriam necessários R\$ 7,300 bilhões/ano de recursos adicionais.”

“IV) Quadruplicar o valor das despesas empenhadas com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) pelo Ministério da Saúde em 2018 (R\$ 1,078 bilhão), conforme Brasil, Ministério da Saúde/SPO14, a serem transferidos na modalidade fundo a fundo para os municípios, seriam necessários R\$ 3,200 bilhões/ano de recursos adicionais.”

É possível constatar que essas quatro propostas de aplicação adicional de recursos somam apenas R\$ 30,5 bilhões, ou seja, cifra menor que o valor incremental que seria gerado com a aprovação da PEC 01-D, em substituição à regra da EC 95/2016, e menor que as fontes indicadas para financiar esse incremento, segundo o citado estudo de Funcia (2019): “Se a renúncia de receita federal, estimada por Brasil, Secretaria da Receita Federal do Brasil20 em R\$ 306,4 bilhões para 2019, fosse auditada, revisada e reduzida em 30%, haveria aproximadamente R\$ 92 bilhões adicionais de receita ao Tesouro Nacional que poderiam ser alocados para o financiamento do SUS. Uma parcela desse valor poderia ser encontrada a partir da auditoria, revisão e redução da renúncia de receita somen-

te vinculada à saúde (...)”; esta última totalizou R\$ 32,3 bilhões em 2015 segundo Ocke-Reis (2018), dos quais R\$ 12,5 bilhões referentes aos “subsídios que patrocinam o consumo no mercado de planos de saúde”.

Em relação a essas perdas, é importante destacar três estudos distintos que realizaram cálculos com metodologias diferentes dos efeitos da EC 95/2016 para o financiamento do SUS e apuraram perdas, ainda que os valores sejam diferentes:

a) Vieira e Benevides (2016) projetaram vários cenários de variação do PIB e da inflação até 2036, cujos resultados dos efeitos decorrente da vigência desse novo regime fiscal foram quedas de participação da aplicação federal em saúde de 1,68% do PIB para 0,95% do PIB, de 15,2% da RCL para 8,6% da RCL; tais perdas acumuladas em 20 anos poderiam atingir R\$ 743 bilhões (a preços de 2016).

b) Funcia e Ocke-Reis (2018) realizaram um exercício contrafactual para avaliar os efeitos da EC 95/2016 sobre o financiamento federal do SUS, retroagindo a aplicação dessa regra constitucional para o período 2001-2015 e comparando com a aplicação federal ocorrida nesse período sob a vigência de outra regra constitucional. Os resultados foram perdas para o SUS de 1,7% do PIB para 1,2% do PIB, de 15% da RCL para 10% da RCL; tais perdas acumuladas no período de 15 anos totalizariam R\$ 115,3 bilhões a preços de 2015.

c) Segundo o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) do Governo Federal (Secretaria do Tesouro Nacional) do 6º Bimestre de 2019, o valor aplicado (despesa empenhada) em ações e serviços públicos de saúde foi de R\$ 122,3

bilhões para um piso calculado pela regra da EC 95/2016 foi de R\$ 117,3 bilhões, o que resultou numa aplicação acima desse piso de R\$ 5,0 bilhões; porém, esse RREO indica também R\$ 131,3 bilhões como “valor mínimo a ser aplicado – regra antiga (14,5% RCL)” – da EC 86/2015 – o que nos permite concluir que a área econômica do governo federal está assumindo uma perda de aplicação decorrente da EC 95/2016 de R\$ 9,0 bilhões e uma redução do piso federal do SUS de R\$ 14 bilhões.

Tabela 5- Gasto Público em Saúde nos países selecionados (em 2015)

País ¹	Gasto Público com Saúde em % do PIB	Gasto público com Saúde em US\$ PPP ²	Gasto Público com Saúde em % do Gasto Total do Governo
Alemanha	9,4	4.525	21,4
Argentina	4,9	993	12,3
Brasil	3,8	595	7,7
Canadá	7,7	3.383	19,1
Chile	4,9	1.157	19,6
China	3,2	456	10,1
Coréia do Sul	4,2	1.442	12,9
Espanha	6,5	2.261	14,9
Estados Unidos	8,5	4.802	22,6
Itália	6,7	2.509	13,4
Portugal	5,9	1.762	12,3
Reino Unido	7,9	3.330	18,5

Elaboração: Rodrigo Benevides. Fonte: Adaptado de OMS, 2015, disponível em <<https://www.who.int/data/gho/data/indicators>>. (Acesso em 29/03/2020). (1) Nem todos os países possuem sistemas universais de saúde. (2) Paridade do Poder de Compra.

2020 – A COVID-19 E SUAS IMPLICAÇÕES NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE.

A natureza limitada do combate à pandemia da Covid-19 no Brasil deve ser compreendida a partir de óticas restritivas: uma que se refere à ausência deliberada do governo federal como um dos protagonistas do processo de planejamento e execução de forma articulada com os governos estaduais e municipais, que assumiram fragmentadamente essa tarefa – muitas vezes, a presença federal tem sido de oposição às decisões de governadores e prefeitos; outra é a herança do processo histórico de subfinanciamento do SUS agravado pelo desfinanciamento causado pela EC 95/2016, que tem retirado recursos para o aprimoramento e a estruturação do nosso sistema público de saúde; e, por fim, o aprofundamento da austeridade fiscal a partir de 2019, que está presente nas medidas limitadas do governo federal, especialmente na disponibilização de recursos para as ações de saúde e demais ações destinadas às medidas de tratamento da doença e enfrentamento dos efeitos da pandemia para a população e para a preservação da estrutura produtiva durante o distanciamento social adotado como medida preventiva em boa parte do país.

No caso dos recursos alocados para o Ministério da Saúde (MS), foi criada uma nova ação orçamentária de combate à pandemia, cujos primeiros recursos foram oriundos de remanejamento interno do próprio orçamento do MS, que totalizaram R\$ 5,7 bilhões (até 12 de maio). Além disso, houve inicialmente um incremento orçamentário de apenas R\$ 13,2 bilhões¹⁷ (10,6% acima da despesa originalmente aprovada para as despesas programadas para as ações e serviços públicos de saúde

¹⁷ Conforme Boletim Cofin 2020/05/13 (com dados até 12 de maio) do Conselho Nacional de Saúde, elaborado por Francisco R. Funcia, Carlos Ocké e Rodrigo Benevides publicado na Revista Domingueira da Saúde, edição nº19/2020. Disponível em: www.idisa.org.br. Acesso em: 16 nov. 2021.

na Lei Orçamentária para 2020), passados mais de 60 dias da pandemia no Brasil, o que totalizou R\$ 18,9 bilhões nessa dotação para o combate à pandemia - mas, nesse período em que os casos e as mortes cresceram aceleradamente, as despesas empenhadas foram de apenas R\$ 10,0 bilhões (ou 53% daquela dotação total), enquanto as liquidadas e pagas foram ainda menores que essas – respectivamente, R\$ 7,5 bilhões (39,8% da dotação total) e R\$ 6,8 bilhões (36,1% da dotação total). Importante ainda ressaltar que dos 227 bilhões do denominado orçamento de guerra, para a saúde foram destinados 18,9 bilhões (até 12 de maio)¹⁸.

Observação dos autores: o parágrafo anterior está delimitado temporalmente à época em que o artigo foi escrito – maio de 2020. Mas, considerando a execução orçamentária e financeira da ação 21C0 (enfrentamento da Covid-19) encerrada em 31/12/2020, foi possível confirmar que a irregularidade e a lentidão nessa execução representou um padrão estabelecido compatível com a política de austeridade fiscal, mesmo com a flexibilidade do teto de gastos da EC 95/2016 estabelecida durante o período da calamidade pública decorrente do estado de emergência sanitária provocado pela pandemia, tomando por base os dados do Boletim Cofin/CNS, de 31/12/2020 (divulgado em 04/03/2021)¹⁹, com destaque para:

18 Tivemos conhecimento em 20 de maio, quando este texto estava concluído, que foi autorizado (pelas Medidas Provisórias 967 e 969) o incremento de R\$ 15,6 bilhões no orçamento do Ministério da Saúde para a ação do combate à pandemia. Esta informação não invalida a análise feita neste documento: apesar do novocoronavírus ter sido anunciado ao mundo neste ano no mês de janeiro e o ter ocorrido o primeiro caso confirmado no Brasil na segunda quinzena de fevereiro, somente no final da primeira semana de abril e da terceira semana de maio o Ministério da Saúde recebeu novos e poucos recursos para o enfrentamento do Covid-19.

19 FUNCIA F. R.; BENEVIDES R.; OCKE, C. Boletim COFIN, 31 de Dezembro de 2020. 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf. Acesso em: 16 nov. 2021.

a) A despesa empenhada foi R\$ 41,7 bilhões (ou 65,5% da Dotação Atualizada de R\$ 63,7 bilhões);

b) Dos R\$ 22,0 bilhões não empenhados, R\$ 21,6 bilhões corresponderam a saldos de créditos extraordinários abertos no último quadrimestre de 2020, que foram reabertos em 2021, cuja utilização específica é para vacinas.

c) Os recursos orçamentários para Transferências para Estados/DF e Municípios foram quase 100% empenhados, diferentemente do que ocorreu com a modalidade “Aplicação Direta” (do MS) - R\$ 21,9 bilhões (76,4% da dotação atualizada) não foram empenhados.

d) As despesas com as ações de enfrentamento da Covid-19 ajudaram o MS a cumprir o piso federal do SUS em 2020: o valor empenhado sem incluir os valores da Ação 21C0 foi de R\$ 120,7 bilhões, ou seja, ficou R\$ 600 milhões abaixo do valor da aplicação federal mínima obrigatória de 2020. Apesar da legalidade do cômputo dessas despesas para comprovar a aplicação mínima constitucional, a expectativa era que os recursos alocados para o enfrentamento da Covid-19 seriam adicionais ao piso, na medida que as necessidades de saúde da população não foram reduzidas por causa da pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O histórico de (sub)financiamento do SUS aqui apresentado em combinação com os dados orçamentários analisados neste estudo demonstraram que a saúde nunca foi tratada efetivamente como prioridade do governo federal de 1988 a 2020, ou seja, foram 32 anos de descumprimento da matriz orientadora do financiamento da saúde de se

aplicar em saúde 30% do orçamento da seguridade social, de não se confundir piso com teto e de promover escolhas orçamentárias sabidamente incompatíveis com o bem a proteger: a vida humana pela garantia da saúde. Com a EC 95/2016 representando o último prego na cruz que poderá asfixiar o SUS pelo desfinanciamento programado até 2036.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA SENADO. **Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>. Acesso em: 16 nov. 2021.
- BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. São Paulo: Editora Campus, 1992.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Emenda Constitucional nº 256-A/95**. 1995. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=169565>. Acesso em: 16 nov. 2021.
- _____. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de março de 2015.
- _____. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 15 de dezembro de 2016.
- _____. **Proposta de Emenda à Constituição 01/2015**. Altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7%. 2015. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945979>. Acesso em: 23 nov. 2021.
- _____. Supremo Tribunal Federal. **ADI 2.999, Rio de Janeiro, 2008**. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14722760/acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-2999-rj/inteiro-teor-103110452>. Acesso em: 10 nov. 2021.
- CARVALHO, G. **Financiamento Federal para a Saúde de 1988 a 2001**. Publicação do autor, São Paulo, 2002. Biblioteca Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). Páginas 76 a 96. CONASEMS. Disponível em: www.conasems.org.br. Acesso em: 10 nov. 2021.
- FUNCIA F. R.; BENEVIDES R.; OCKE, C. **Boletim COFIN, 13 de Maio de 2020**. 2020. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf. Acesso em: 16 nov. 2021.
- _____. **Boletim COFIN, 31 de Dezembro de 2020**. 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf. Acesso em: 16 nov. 2021.
- FUNCIA, F. R. **Sistema Único de Saúde - 30 anos: Do Subfinanciamento Crônico para o Processo de Desfinanciamento Decorrente da Emenda Constitucional 95/2016**. In: ANFIP – Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil. 30 anos da Seguridade Social - Avanços e Retrocessos. Brasília: ANFIP, 2018.
- _____. **Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos**. Ciên Saude Colet, v. 24, n. 12, p.4405-4414, 2019.
- FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O. Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal em saúde. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A.L.M. **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.
- MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R.; PIOLA, S.; ROA, A. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde/Desid; Opas/OMS, 2016.
- OCKE-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciên Saude Colet**, v. 23, n. 6, p.2035-2042, 2018.
- SANTOS, L. **SUS: o patinho feio do Estado mínimo**. 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-abr-23/lenir-santos-sus-patinho-feio-estado-minimo>. Acesso em: 10 nov. 2021.
- SANTOS, L.; CARVALHO, G. I. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde**. 5ª edição. Campinas: Saberes Editora, 2018.
- VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P.S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Nota Técnica -Número 28, Disoc, IPEA, 2016.

A LUTA PELO FINANCIAMENTO ADEQUADO DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE NO BRASIL

Luís Eugenio Souza²⁰
André Luiz de Oliveira²¹
Ronald Ferreira dos Santos²²

INTRODUÇÃO

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito de todos, ocorreram avanços substanciais no setor de saúde no Brasil. De fato, durante o período 1990-2015, a rede pública de saúde, especialmente a atenção primária, foi ampliada, aumentando o acesso às consultas médicas. As ações de prevenção ampliadas, especialmente a vacinação, reduziram a morbidade e a mortalidade por doenças transmissíveis. As taxas globais de mortalidade padronizadas por idade caíram 34%. A expectativa de vida ao nascer aumentou de 68,4 anos para 75,2 anos (SOUZA et al., 2018).

Essa expansão do Sistema Único de Saúde (SUS) foi financiada principalmente pela contribuição de recursos dos municípios e estados. De fato, enquanto em 2000 o governo federal respondeu por 60% do total dos gastos com saúde e os estados e municípios por 18,5% e 21,5% respectivamente, em 2017, a participação da União caiu para 43,2% e os gastos estaduais e municipais aumentaram para 25,7% e 31,1% (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018).

É de se salientar que o Brasil é um país que investe poucos recursos públicos em saúde. Em 2017, eles eram apenas 4% do PIB ou US\$ 303,96 per capita. Já comprometendo grandes proporções de seus orçamentos com o SUS, estados e municípios não podem aumentar os investimentos em saúde. Portanto, a União precisaria expandir os investimentos. No entanto, os sucessivos governos federais desde 1990 têm mantido apenas os níveis de gastos.

O sub-financiamento do SUS tem limitado a expansão dos serviços de saúde e impedido a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. As grandes cidades não conseguiram alcançar uma cobertura adequada na atenção primária. As cidades meno-

20 Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO e Conselheiro Nacional de Saúde (2012-2015)

21 Representante da Conferência dos Bispos do Brasil – CNBB e Conselheiro Nacional de Saúde (2014 - 2019)

22 Presidente do Conselho Nacional de Saúde (2015 – 2018)

res falharam na implementação de serviços especializados. O SUS não investiu significativamente em programas de educação para profissionais de saúde nem foi capaz de construir serviços integrados de saúde, o que só seria viável com a alocação de novos recursos por parte da União. A falta de recursos federais também tem afetado diretamente a equidade, pois a União costuma desempenhar um papel importante na redução das desigualdades, investindo em regiões menos favorecidas recursos captados em regiões mais favorecidas.

Ao perceberem a desigualdade, insuficiência e má qualidade dos serviços de saúde, as organizações da sociedade civil decidiram mobilizar pessoas comuns para pressionar por um maior investimento federal no sistema de saúde. A sociedade civil está bem representada no Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão colegiado e deliberativo do SUS, parte da estrutura do Ministério da Saúde, cuja missão é monitorar as políticas de saúde e levar as demandas da população ao governo.

Em abril de 2012, o CNS lançou um movimento que, em 18 meses, conseguiu recolher 2.146.670 assinaturas de eleitores (mais de 1% do eleitorado do país, distribuído em todos os 26 estados) em apoio a um Projeto de Iniciativa Popular que, se aprovado pelo Parlamento, obrigaria a União a investir pelo menos 10% de suas receitas brutas correntes no SUS, o que o levou a ficar conhecido como Movimento Saúde + 10.

Este texto descreve o caso do Movimento Saúde + 10, identifica os seus passos-chave e discute as lições aprendidas. Considerando a advocacia uma função facilitadora dos sistemas de saúde pública, este caso é um exemplo de mobilização social, envolvimento voluntário do sector comunitário e comunicação estratégica. De fato, ele demonstra que o desenvolvimento da saúde pública requer engajamento político, uso de redes sociais, identificação de pontos de alavancagem política e condução de

agendas de saúde pública através de diferentes ambientes políticos, conforme destacado pela Carta Global da Saúde Pública (World Federation of Public Health Associations [WPHA], 2016).

O CASO DA SAÚDE + 10 MOVIMENTO

O início do movimento data de 2011, quando organizações não governamentais e autoridades sanitárias municipais determinaram que a Presidente Roussef, no primeiro ano do seu mandato, respondeu às exigências de mais investimentos em saúde. Eles decidiram lutar pela regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, que já faz parte da Constituição desde 2000, e que estava prevista para ser votada pelos representantes do Congresso em setembro de 2011. Aprovado em 2000, a EC-29 estabeleceu pisos mínimos para a aplicação de recursos orçamentários em ações e serviços de saúde, mas não definiu o que eram considerados "ações e serviços de saúde", permitindo que muitos governos incluíssem neste item despesas relacionadas a saneamento ambiental ou habitação. O regulamento, portanto, objetivava determinar que os pisos mínimos mencionados no EC-29 se referem exclusivamente a despesas incorridas no âmbito do SUS. Lideradas pelo Conselho Nacional de Saúde, as entidades realizaram diversas atividades, incluindo reuniões com o ministro da Saúde e a entrega de flores ao Presidente, buscando apoio governamental para a regulamentação da Emenda 29 que proporcionaria novos recursos ao SUS (REDE HUMANIZA SUS, 2011).

Quando o Congresso Nacional votou a regulamentação, no entanto, ela não incluía um piso mínimo de gastos obrigatórios com saúde do governo federal, frustrando ativistas sociais e autoridades de saúde. No entanto, a nova Lei nº 141, promulgada em 16 de janeiro de 2012, determinou um pequeno aumento nos gastos do Sistema Único de Saúde,

tornando ilegal a inscrição de gastos fora do SUS como gastos com saúde.

Esta derrota parcial, quatro meses antes do lançamento formal do Movimento Saúde + 10, levou a uma mudança importante na estratégia. Em vez de defender a ação do governo, essa derrota parcial levou as entidades da sociedade civil a mobilizar os cidadãos para assinar um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que obrigava o governo federal a gastar pelo menos 10% de sua receita bruta no SUS. Em abril de 2012, o CNS formalizou essa iniciativa, nomeando-a como Movimento Saúde + 10.

O Movimento Saúde + 10 resultou não só da luta pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 que terminou com a aprovação da Lei nº 141, mas também de uma importante mobilização da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Ao longo de 2011, a CNBB vinha discutindo o tema de sua Campanha Anual da Fraternidade para o próximo ano. Sob o tema escolhido, "Que a saúde esteja espalhada pela terra" (Bíblia: Eclesiástica, c. 38, v. 8), a Campanha da Fraternidade visou promover a defesa do SUS e reivindicar seu funcionamento justo; e qualificar a comunidade para exigir a aplicação de recursos públicos com transparência, especialmente em saúde (CNBB, 2012).

A convergência de propósitos entre a Campanha da Fraternidade e o Conselho Nacional de Saúde favoreceu o engajamento ativo da CNBB na Saúde + 10 Movimento. Sem dúvida, foi um passo fundamental no processo de incidência, pois a experiência posterior mostrou que ninguém contribuiu mais para a coleta de assinaturas do que a CNBB, que coletou 865 mil assinaturas (Conselho Nacional de Saúde, 2013).

Outro passo importante foi dado quando o Movimento Saúde + 10 decidiu articular assembleias legislativas estaduais, enviando coordenadores para

conversar com deputados em todos os estados do país. Na prática, essa estratégia funcionou particularmente bem no estado de Minas Gerais, onde o Presidente da Assembleia Legislativa foi um defensor da causa da saúde e levou centenas de prefeitos e lideranças políticas locais a coletar assinaturas para o Projeto de Lei da Iniciativa Popular. No total, a Assembleia Legislativa de Minas Gerais recolheu 615.986 assinaturas (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2013).

No seu início, em 2012, o processo de recolha de assinaturas avançou lentamente. Apenas a CNBB tinha sido capaz de mobilizar as suas organizações de base. Em meados de 2013, no entanto, uma manifestação contra o aumento das passagens de ônibus em São Paulo provocou uma onda de protestos em muitas cidades contra o establishment político, em geral, e o governo federal, em particular. Entre outros assuntos, a má qualidade dos serviços de saúde do SUS foi enfatizada a ponto de a Presidente Roussef ter lançado um programa para expandir rapidamente a prestação de serviços médicos. Sem dúvida, essa situação contribuiu para acelerar o processo de coleta de assinaturas, motivando fortemente todos os membros do Conselho Nacional de Saúde.

De fato, a partir de julho de 2013, as 72 entidades que compõem o CNS - metade delas representantes dos usuários dos serviços de saúde - mobilizaram suas bases em um trabalho de mãos dadas para coletar assinaturas para o Projeto de Iniciativa Popular. Essa mobilização geral foi a última etapa chave que permitiu ao Movimento Saúde + 10 alcançar 2.146.670 assinaturas de eleitores, superando em muito o mínimo de 1,5 milhões necessários para a apresentação do Projeto de Iniciativa Popular.

Entregue formalmente ao Presidente do Congresso Nacional em 5 de agosto de 2013, o Projeto de Lei Popular passou por várias comissões par-

lamentares até ser transformado em Proposta de Emenda Constitucional (PEC nº 1/2015), aprovada na primeira rodada, em 22 de março de 2016, pelo plenário da Câmara dos Deputados, com 402 votos a favor e apenas 1 voto contra.

Entretanto, com o apoio do governo, o Congresso aprovou outra emenda constitucional, estabelecendo um aumento lento e progressivo do piso mínimo obrigatório de recursos a ser aplicado pela União no SUS. Na prática, esta nova emenda impediu a continuação do processo de votação do PEC nº 01/2015. Nesta ocasião, foi desencadeado o impeachment da Presidente Roussef, com a tomada de posse de um novo governo até agosto de 2016. Esse novo governo encaminhou e o Congresso Nacional aprovou, em 15 de dezembro de 2016, outra emenda constitucional (EC nº 95/2016), que congelou os gastos públicos, inclusive no setor da saúde, por 20 anos.

Não é surpreendente que a mídia não tenha desempenhado um papel de apoio no processo de advocacia. A grande mídia (o jornal, as redes de rádio e televisão) nunca divulgaram a existência do Movimento Saúde + 10, exceto quando relataram a entrega do projeto de lei popular aos congressistas após o fim da coleta de assinaturas. Este era um comportamento esperado para os meios de comunicação de massa no Brasil, uma vez que se trata de um oligopólio econômico poderoso e não regulamentado. A mídia se comprometeu com as políticas neoliberais, tendo fortes ligações com outras corporações como seguradoras de saúde, que são anunciantes importantes da mídia e oponentes ferrenhos às propostas para fortalecer os sistemas públicos de saúde.

Quais são as Lições Aprendidas?

Refletir sobre o processo de advocacia de seis anos para a expansão da assistência à saúde no Brasil nos leva a uma conclusão e a algumas li-

ções aprendidas. A conclusão é que o objetivo não foi alcançado neste caso depois de seis anos, e o novo dinheiro não foi disponibilizado devido à oposição política da elite social através de seus representantes no governo, no Parlamento e na mídia.

As lições aprendidas são quatro.

Primeiro, o sucesso da advocacia depende, acima de tudo, da harmonia entre as iniciativas das organizações sociais e as aspirações da população. O processo de coleta de assinaturas é complexo, pois requer abordar as pessoas em suas casas ou locais de trabalho e obter vários minutos de atenção, necessários para explicar o propósito e os procedimentos da iniciativa, além de registrar o número de registro de eleitores. Não é possível obter a atenção das pessoas se o problema abordado não for visto, desde o início, como relevante pela pessoa abordada. O sucesso do Movimento Saúde + 10, portanto, é uma consequência desta forte identificação do eleitor com o propósito do movimento.

Segundo, para alcançar mais de 1,5 milhões de eleitores, é necessário superar a falta de divulgação de informações por parte dos grandes meios de comunicação. Embora exista alguma iniciativa no Brasil de jornais digitais 98, que permite a esperança sobre a mídia independente, seu alcance é limitado. Além disso, 42% dos brasileiros não têm acesso à internet (ESTADO DA CONECTIVIDADE 2015, 2016). Assim, para alcançar as pessoas, o Movimento Saúde + 10 contou com uma estrutura descentralizada de redes sociais. A Igreja Católica tem uma rede abrangente, espalhada por centenas de organizações eclesiais comunitárias, que foi o pilar central da coleta de assinaturas. Também as assembleias legislativas dos Estados são capazes de superar o silêncio dos meios de comunicação, alcançando os líderes locais em suas comunidades.

Em terceiro lugar, a experiência mostrou que os verdadeiros protagonistas das ações de defesa dos bens ou interesses públicos são os movimentos sociais. De fato, infinitamente mais importante do que a contribuição que qualquer indivíduo possa ter feito como líder do movimento foi o envolvimento coletivo do CNS e seus membros, da CNBB e das assembleias legislativas.

Finalmente, o processo de advocacia revelou que existe um déficit democrático no sistema de representação política no Brasil que torna o governo menos sensível às aspirações do povo. De fato, o imenso apoio a esse Projeto de Iniciativa Popular, assim como as pesquisas de opinião (INSTITUTO LOCOMOTIVA, 2020; CONGRESSO EM FOCO, 2014), indicam que a saúde é uma prioridade para a população, enquanto, uma vez no parlamento e no poder executivo, os políticos não dão prioridade à saúde. Isso também se reflete na diferença entre a composição do parlamento e da população. Se o Brasil fosse uma representação em larga escala do seu Parlamento, seria um país de homens brancos, altamente instruídos e ricos. Do ponto de vista da representação descritiva, dizer que o Parlamento é um reflexo da sociedade brasileira simplesmente não é verdade (OLIVEIRA, 2015).⁹⁹

IMPLICAÇÕES PARA A POLÍTICA, A PRÁTICA E A INVESTIGAÇÃO

As lições aprendidas têm algumas implicações. Na dimensão política, elas deixam claro que é necessário renovar os mecanismos operacionais da democracia representativa para permitir uma representação no Parlamento e no Executivo que reflita a diversidade da sociedade brasileira em termos de gênero, raça/etnia e status econômico. A limitação do financiamento privado das campanhas eleitorais e a democratização da mídia para que todos os candidatos, de diferentes matrizes políticas, possam transmitir suas opiniões são estraté-

gias importantes para a renovação desses mecanismos.

Na dimensão prática da advocacia, as lições aprendidas implicam que é essencial investir na ampla unidade entre os diversos atores comprometidos com a causa do direito universal à saúde, deixando de lado as diferenças secundárias. Somente esta unidade pode criar redes de mobilização capilar, capazes de superar o silêncio da mídia oligopolista e atingir toda a população, especialmente os usuários de serviços públicos, mais interessados em fortalecer o SUS. Para forjar essa unidade, a melhor estratégia provavelmente será definir um programa político com objetivos comuns e consensuais entre as pessoas que defendem a saúde como um direito".

Finalmente, há pelo menos duas implicações para a investigação científica. A primeira decorre das lições aprendidas, mostrando que pouco se sabe sobre a prática da advocacia em si. Neste sentido, os pesquisadores poderiam apoiar os movimentos sociais em um processo de autorreflexão sobre a eficácia de suas atividades e as possibilidades de melhoria. A segunda implicação refere-se à evidência de que é necessário entender melhor os processos de comunicação social, especialmente quando se pretende atingir e envolver diferentes públicos, a fim de fortalecer a consciência de saúde.

Em suma, todas estas implicações são desafios, mas também oportunidades na luta pelo direito universal à saúde. Espera-se que esta análise sobre o Movimento Saúde + 10 possa contribuir para enfrentar os desafios e agarrar as oportunidades

Publicado Originalmente:
Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (2021).

Casebook for Advocacy in Public Health. Geneva, Suíça:WHPHA

REFERÊNCIAS

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. **Movimento Assine + Saúde**. 2013. Disponível em: https://www.almg.gov.br/acompanhe/eventos/hotsites/2012/assine_saude/index.html.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

_____. **Proposta de Emenda à Constituição 01/2015**. Altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7%. 2015. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945979>. Acesso em: 23 nov. 2021.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. **Que a Saúde se difunda sobre a terra**. Texto-base da Campanha da Fraternidade. Edições CNBB, 2012. Disponível em: <http://resultspromocional.com.br/familiamissionaria1/CF%202012%20-%20Text to-base.pdf>.

CONGRESSO EM FOCO. **Eleitor quer prioridade para saúde, segurança e educação**, diz CNI-Ibope. 2014. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/especial/noticias/eleitor-quer-prioridade-para-saude-seguranca-e-educacao-diz-cniibope/>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **CNBB entrega mais de 800 mil assinaturas ao Movimento Saúde + 10**. [Comunicado de imprensa]. Agosto, 2013. http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/08ago_05_cnbb.html.

CUNHA, G. T. **Primavera da Saúde**. Rede Humaniza SUS. 2011. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/12109-primavera-da-saude/>.

ESTADO DE CONECTIVIDADE 2015. **A Report on Global Internet**. Fevereiro, 2016. Disponível em: <https://about.fb.com/news/2016/02/state-of-connectivity-2015-a-report-on-global-internet-access/>.

FEDERAÇÃO MUNDIAL DAS ASSOCIAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA. **A Carta Global da Saúde Pública**. European Journal of Public Health, 1-3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw011>

INSTITUTO LOCOMOTIVA. **As demandas de população para o Brasil e as eleições**. 2020. Disponível: <https://static.poder360.com.br/2020/10/Demandas-avaliac%CC%A7a%CC%83o-e-vereadores-Instituto-Locomotiva-e-RenovaBR-2.pdf>.

OLIVEIRA, A.N.C. Desigualdades da Política no Brasil: representação descritiva na eleição de 2014 para a Câmara dos Deputados. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, v. 20, n. 2, 2015. <http://dx.doi.org/10.5433/2176-6665>.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES R. P. S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf.

SOUZA, M.F.M. *et al.* Mudanças em saúde e desassistência no Brasil e em seus estados nos 30 anos desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.

Encontro Latino-Americano de Inovação
Social no Setor Público

Florianópolis, SC - Brasil
29 e 30 de Agosto 2018

Organização:



Apoio:



PLATAFORMA REDE CONSELHOS DO SUS – ESTRATÉGIA DE ARTICULAÇÃO, INTEGRAÇÃO, E MOBILIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Suetônio Queiroz de Araújo

INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) como instância máxima de deliberação do SUS, possui um papel estratégico e central na governança do sistema, assim como, os demais conselhos de saúde, mas para tanto, a organização das ações estratégicas necessárias para se avaliar, direcionar e monitorar a política de saúde necessitam ser qualificadas e aprimoradas permanentemente.

Atuando nesse papel auxiliar as demandas de qualificação apontadas inclusive por órgãos de controle como o Tribunal de Contas da União, as comissões intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde precisariam avançar na definição das melhores práticas e rotinas necessárias ao aprimoramento da atuação do órgão e do controle social no país.

Neste sentido, o CNS, por meio da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN), diante das recentes agendas de governança trazidas pelo Tribunal de Contas da União desde 2017, ampliou as estratégias de parcerias institucionais fechando parceria com o Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (CGU), com a finalidade de aprimorar a atuação dos conselheiros e conselheiras de saúde, especialmente os atuantes nas Comissões de Orçamento e Financiamento de Conselhos de Saúde de Estados, do Distrito Federal e dos municípios, com esclarecimentos sobre o ciclo orçamentário, o papel do conselheiro no seu acompanhamento e a forma de atuar em conjunto com os órgãos de controle, neste caso a CGU (BRASIL, 2017c; BRASIL, 2018d).

Entre as pautas recorrentes de gestores e controle social, sem dúvida o problema do subfinanciamento do SUS é um dos mais preocupantes e que ficou ainda mais grave com o início da vigência da Emenda Constitucional nº 86/2015, cuja aplicação mínima de 13,2% da Receita Corrente Líquida

representará uma redução em comparação aos 14,8% aplicados em 2015 e agravado ainda mais em 2016 com aprovação da Emenda Constitucional 95, que limita por 20 anos os investimentos em saúde, sendo, portanto, necessário estratégias de disseminação da informação pelo CNS para a rede de conselhos de saúde e órgãos e instituições do controle (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016b).

Neste sentido, e observando também as constatações retratadas no Acórdão nº 1130/ 2017 do Tribunal de Contas da União (TCU) onde a partir do resultado de auditorias realizadas nos anos anteriores, identificou-se vários temas relevantes para a atuação do controle social. Alguns temas apontados foram: a “gestão e governança” no âmbito da saúde, a necessidade do aprimoramento do processo de educação permanente dos conselhos de saúde, conselheiros e conselheiras em todo o país, entendendo que todos são fundamentais para se garantir a maior efetividade enquanto controle social, prioritariamente nas agendas de planejamento e orçamento do SUS, tendo em vista o seu papel estabelecido nas leis orgânicas da saúde e na Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2012b).

Neste acórdão o Conselho Nacional de Saúde recebe recomendações que apontam para a utilização de estratégias educacionais que, dada as dimensões nacionais, precisam e podem ser potencializadas uma vez que sejam mediadas por ferramentas de tecnologia da informação e comunicação existentes, porém, estas estratégias precisam ser institucionalizadas pelas instâncias do Controle Social, desde o município até o âmbito federal.

O CNS, especialmente no âmbito da COFIN vem desenvolvendo documentos orientativos e formativos aos conselhos, conselheiros e conselheiras de saúde, faz alguns anos e entendendo a necessidade de apoiá-los diante das suas atribuições le-

gais e no dia a dia institucional, desenvolveu em 2016 o “Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde” que trata do processo de planejamento e execução orçamentária e financeira das ações e dos serviços públicos de saúde, em atendimento a legislações como a Lei Federal nº 8.080/1990, a Lei Federal nº 8.142/1990 e a Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, que orienta para a atuação desses atores diante dos aspectos relacionados a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000) e mais recentemente a Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2016a).

Esse manual, foi a base para a proposta de articulação das oficinas sobre o ciclo orçamentário e o financiamento do SUS, inicialmente idealizada e executada pelo saudoso Dr. Gilson Carvalho, porém, realizada exclusivamente no formato presencial (BRASIL, 2016a). Logo, a parceria firmada pelo CNS com a CGU, trouxe a tecnologia da informação e comunicação para o centro da discussão, especialmente quando o foco é ampliar a participação da sociedade e a atuação dos conselhos, garantindo sustentabilidade e qualidade na oferta de soluções como a Rede Conselhos do SUS.

A incorporação tecnológica, descrita por Guimarães e Godoy, em 2010, apontava que e as vantagens desse modelo de aprendizagem “virtual” passou a ter grande destaque quando da utilização da World Wide Web (www) como ferramenta para disponibilizar as atividades de capacitação, possibilitando um trabalho multiprofissional; a facilidade de acesso, especialmente, em lugares carentes de especialistas; a relação custo/benefício favorável, uma vez que tende a ser relativamente cada vez mais baixa; alcance de um grande número de pessoas ao mesmo tempo, em locais diferentes; a inovação no pressuposto pedagógico, que exige do profissional uma participação ativa e corresponsabilidade no processo de aprendizagem; a dis-

cussão de temas direcionados para os problemas do cotidiano de trabalho, na busca de soluções; a avaliação da atividade de aprendizagem e a transformação da prática ao longo do processo de educação, ressaltando as oportunidades de retroalimentação, garantindo, assim, a efetividade.

Portanto, este relato busca descrever alguns dos resultados alcançados até 2021 com a plataforma web Rede Conselhos do SUS ²³ como uma ferramenta de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) institucionalizada pelo CNS, utilizando software livre, como um dos pilares da estratégia de qualificação do Conselho Nacional de Saúde, utilizada para suas atividades internas e para a articulação e fomento à atuação de conselheiros e conselhos de saúde no âmbito do SUS.

METODOLOGIA

O presente documento foi estruturado utilizando o método exploratório, descritivo, para demonstrar os resultados da articulação institucional realizada entre o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN), com a Controladoria Geral da União (CGU) e outros parceiros institucionais, para a realização das atividades regionais semipresenciais, denominadas de “Seminário do Controle Social na Saúde: Financiamento do SUS” e a partir dela a concepção, aprovação e institucionalização pelo CNS da plataforma Rede Conselhos do SUS.

Os dados analisados foram obtidos e tratados utilizando-se de extrações em csv e modelo microsoft excel 2020/21 a partir da plataforma moodle, Rede Conselhos do SUS, e de planilhas excel relacionadas as inscrições dos seminários e de cursos realizados em parceria com a Controladoria Geral

23 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Plataforma Rede Conselhos do SUS. 2018b. Disponível em: redeconselhosdosus.net. Acesso em: jun. 2018.

da União, além das diferentes agendas conduzidas pelas comissões do CNS.

O referencial teórico utilizado priorizou as informações institucionais e de caráter técnico normativos, como políticas, resoluções e recomendações elaboradas e publicadas pelo Conselho Nacional de Saúde, bem como, publicações nos sítios eletrônicos da CGU e demais parceiros institucionais, complementada, por referenciais de governança e gestão do Tribunal de Contas da União, bem como, aqueles relacionados à educação permanente no controle social no SUS. Por fim, utilizou-se referenciais que reforçam a relevância do uso da tecnologia da informação e comunicação como mediadora e facilitadora da disseminação de informações e das agendas articuladas do controle social no país, no intuito de subsidiar as estratégias estabelecidas pelo CNS.

RESULTADOS

A estratégia de estruturação da Plataforma e a Parceria com a CGU

Em 2018, a partir das estratégias de parcerias institucionais firmadas pelo CNS, por meio da COFIN, sendo uma delas com a Controladoria Geral da União (CGU), naquele momento destinada à disseminação da informação de controle e fortalecimento da participação social na fiscalização e monitoramento dos gastos em saúde, e tomando como base a experiência da Comissão na oferta nos últimos anos de seminários regionais presenciais destinados a capacitar os conselheiros, conselheiras e técnicos dos conselhos de saúde no país, estruturou-se com a CGU o denominado “Seminários Controle Social na Saúde: Financiamento do SUS”. Porém, o desafio à época era a oferta híbrida ou chamada semi-presencial, utilizando as estruturas de videoconferências nos Núcleos

de Ação de Ouvidoria e Prevenção à Corrupção (NAOP) da Controladoria nos Estados.

A partir das definições entre CNS e CGU acerca do número de etapas dos seminários, o primeiro foi realizado em 06 de abril de 2018, com ampla divulgação do evento para os Conselheiros(as) de Saúde e equipes técnicas dos conselhos, convidando-os à participação do projeto piloto, prioritariamente, aqueles que eram membros das Comissões de Orçamento e Financiamento dos Estados e Capitas, que são parte da rede COFIN. Paralelamente, iniciou-se a organização do evento no âmbito da sede da CGU em Brasília, como parte das estratégias do programa “Saúde em Ação” e dos Núcleos de Ação de Ouvidoria e Prevenção à Corrupção (NAOP) nos Estados.

A estruturação desse processo de capacitação iniciou uma série de estratégias do CNS, especialmente articuladas pela COFIN, em resposta à algumas recomendações do TCU que acabaram convergindo para essa atuação conjunta do controle social e das ações dos órgãos de controle, especialmente quando se identificou no Acórdão nº 1130/2017 as fragilidades relacionadas a governança e gestão do Sistema Único de Saúde.

“No quesito liderança, o levantamento demonstrou que 93% dos conselhos estaduais e 53% dos conselhos municipais de saúde estariam no estágio inicial de capacidade. Esse resultado sugere baixo nível de capacidade da maioria das organizações para definir competências mínimas de liderança e promover sua adequada capacitação.

O índice mostrou que no caso dos conselhos estaduais e municipais, o controle é o mecanismo de governança que apresenta um dos piores resultados, cerca de 70% de capacidade em estágio inicial nos dois casos. As

maiores deficiências foram verificadas nas seguintes práticas: realizar gestão de riscos; estabelecer a função de auditoria interna, dar transparência às partes interessadas, admitindo-se o sigilo como exceção.” (BRASIL, 2017b).

Neste contexto, cabe destacar que as recomendações do TCU presentes neste acórdão também foram fundamentais para a elaboração e aprovação da Resolução nº 554/2017 que definiu as diretrizes para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução CNS nº 453/2012, e dentre estas diretrizes, algumas também se relacionam com o processo de educação permanente no âmbito do Controle Social (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017a).

A partir da estratégia institucional e parceria formalizada surge a demanda de estruturar um ambiente cooperativo e virtual sob gestão do CNS que atendesse inicialmente os Seminários, servindo de repositório de conteúdo e para as certificações dos participantes. No entanto, a COFIN entendeu que a partir deste ambiente nasceria naquele momento a proposta de customização da ferramenta Moodle, hoje denominada Rede Conselhos do SUS (RCS), conforme Figuras 1 e 2, que poderia atender também as necessidades de educação e disseminação da informação que o CNS e todas as demais comissões precisavam para ampliar a participação social.

Figura 1. Matéria de lançamento da plataforma Rede Conselho do SUS. Conselho Nacional de Saúde. Susconecta. 2018



Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Lançamento da Plataforma Rede Conselhos do SUS. Portal de notícia SUSCONNECTA LANÇAMENTO. 2018a. Disponível em: <https://www.susconecta.org.br/plataforma-rede-conselhos-do-sus-sera-lancada-para-unificar-control-social-na-saude/>. Acesso em: nov. 2021.

A plataforma RCS surge então para fortalecer as agendas estratégicas do Conselho Nacional de Saúde e aproximar-se, no caso da COFIN, dos demais conselhos de saúde estaduais, distrital e municipais apoiando-os, tecnicamente e politicamente, no aprimoramento da atuação dos conselheiros e conselheiras de saúde, conforme estabelece as leis orgânicas da saúde, a LC nº 141/2012 e as diretrizes do CNS para a melhoria da governança no SUS (BRASIL, 2012b).

Figura 2. Portal da Controladoria Geral da União, divulgação e integração com a plataforma web da rede conselhos do SUS para a realização das inscrições dos Seminários do Controle Social na Saúde: Financiamento do SUS, 2018.



Fonte: BRASIL. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (CGU). Portal do Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (CGU). 2018e. Ambiente Controle Social. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/sobre/institucional/eventos/2018/controle-social-na-saude>. Acesso em: jun. 2018.

A parceria da COFIN/CNS com a Controladoria Geral da União resultou na aprovação da Rede Conselhos do SUS no plenário do CNS, no dia 09 de agosto de 2018 durante a 308ª Reunião Ordinária.

No mesmo ano a sua concepção e estruturação voltada a qualificação e disseminação da informação para o controle social foi uma das estratégias selecionadas para apresentação e premiadas, em Florianópolis, durante a 4ª edição do Encontro Latino-Americano de Inovação Social do Setor Público (ELIS) (BRASIL, 2018c).

Figura 3. Plataforma web para integração da rede de conselhos do SUS. Ambiente Virtual do “Seminário Controle Social na Saúde: Financiamento do SUS”.



Fonte: Fonte: BRASIL. Plataforma Rede Conselhos do SUS do CNS. 2018. Disponível em: <https://redeconselhosdosus.net>

Desde o primeiro seminário em parceria com a CGU, a plataforma Rede Conselhos do SUS, passou por atualização de template e a equipe técnica implementou diferentes estratégias de apoio, ampliando significativamente o número de usuários. Em 2018, o número de usuários era de apenas 490, entre participantes dos Seminários, Membros de Comissões Intersetoriais, de Câmaras Técnicas (CT), de Grupos de Trabalho (GT), além de assessores e consultores técnicos do CNS. Em outubro de 2021, a Plataforma chegou a alcançar mais de 16.200 usuários ativos (Figura 4) que utilizam diferentes ferramentas de apoio as mais diferentes atividades e cursos do Conselho Nacional de Saúde.

A RCS potencializou o alcance e a dinâmica de contato e acesso à informação de conselheiros e conselheiras, cidadãos e cidadãs possibilitando desde a gestão integral de eventos e atividades específicas como: Seminários, Conferências Temáticas e Oficinas, até suporte e apoio as inscrições da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Além disso, possibilitou a oferta e a gestão de cursos à distância e do repositório de documentos digitais e materiais audiovisuais do CNS e parceiros.

Figura 4. Página inicial da Rede Conselhos do SUS com suas categorias de ambientes conforme atividades do CNS, número de usuários ativos e certificações emitidas entre cursos e eventos.



Fonte: BRASIL. Plataforma Rede Conselhos do SUS do CNS. 2018. Disponível em: <https://redeconselhosdosus.net>

A REDE CONSELHOS DO SUS COMO ORGANIZADORA E MEDIADORA DE ATIVIDADES DO CNS

A partir do projeto piloto e da apresentação dos resultados da parceria com a CGU, o Conselho Nacional de Saúde, como dito anteriormente, durante a plenária da 308ª Reunião Ordinária, aprovou por unanimidade a estratégia da Plataforma Web e Mobile e denominou-a Rede Conselhos do SUS, com indicativo do seu aprimoramento, para ser utilizada como ferramenta para disponibilização de materiais do CNS (internos das reuniões plenárias, das comissões, dos grupos de trabalho e das câmaras técnicas e plenária de conselhos de saúde), entre outras atividades em suporte as agendas do Conselho Nacional de Saúde e com o intuito de integrar as comissões de orçamento dos conselhos de saúde no país (BRASIL, 2018c).

A proposta estruturada no âmbito da COFIN/CNS em 2018 observava inicialmente a Rede Conselhos do SUS como uma das estratégias de disseminação da informação que englobaria, prioritariamente, o uso da plataforma como e-learning, ou seja, para ofertas de cursos. No entanto, é importante destacar que no decorrer da sua estruturação, o foco inicialmente pensado para qualificar a atuação das comissões de orçamento dos conselhos de saúde no estados, DF e municípios, amplia-se significativamente, passando a se tornar uma ferramenta multifinalitárias, que passou a agregar, além da função educacional, diferentes soluções destinadas ao apoio da gestão institucional do CNS e de seus conteúdos e eventos. Além disso, possibilitou o apoio na organização de atividades das comissões, câmaras técnicas e de grupos de trabalho do Conselho, com a intensão de integração da rede de conselhos de saúde no Brasil.

Figura 5. Organização para o 8º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica do CNS.



Fonte: BRASIL. Plataforma Rede Conselhos do SUS do CNS. 2018. Disponível em: <https://redeconselhosdosus.net>

Após a aprovação da Plataforma pelo CNS outras estratégias e atividades passaram a ser organizadas pelas comissões, grupos de trabalho e câmaras técnicas, das quais podemos destacar algumas, para além daquelas desenvolvidas pela COFIN.

Na Figura 4 e 5, por exemplo, a Comissão Intersectorial de Ciência Tecnologia e Assistência Farmacêutica (CICTAF) além de utilizar a plataforma para organizar os materiais das reuniões ordinárias, realizou em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) os 10 (dez) Encontros preparatórios para o 8º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e

Assistência Farmacêutica. Por meio da RCS, realizou-se a gestão do evento, incluindo inscrições, certificação e repositório dos documentos produzidos e vídeos dos encontros regionais e nacional.

Figura 6. Organização das etapas preparatórias para o 8º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica



Fonte: BRASIL. Plataforma Rede Conselhos do SUS do CNS. 2018. Disponível em: <https://redeconselhosdosus.net>

Outra experiência desenvolvida desde 2018 está relacionada as informações produzidas pela Câmara Técnica de Atenção Básica, que ampliou suas atividades a partir do GT de Atenção Básica e passou a estruturar suas agendas de reuniões e memórias técnicas no ambiente da plataforma como demonstra a Figura 8.

Figura 7. Organização das reuniões e documentos da Câmara Técnica de Atenção Básica do CNS em 2018.

The image shows a screenshot of a website interface. At the top, there is a navigation bar with 'Minha página inicial' and 'Categorias'. Below this, the page title is 'CTAB-CNS - Câmara Técnica da Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde'. A central banner features a photograph of two people in white coats and a list of intersectoral commissions: CIASPP, CIAN, CIASPD, CIASCV, CICTAF, CIEPCSS, CONEP, COFIN, CIPPE, CIPPSPICS, CIRHRT, CISB, CISMU, CISTT, CISI, CISM, and CISS. Below the banner, there is text describing the objectives of the CTAB-CNS. On the right side, there is a sidebar with a search bar, a 'Pesquisar' button, and sections for 'Últimas notícias' and 'Próximos eventos'.

Fonte: BRASIL. Plataforma Rede Conselhos do SUS do CNS. 2018. Disponível em: <https://redeconselhosdosus.net>

Os avanços das atividades e a prioridade do CNS em capilarizar as informações e também se aproximar da atuação dos conselheiros de saúde, atendendo as demandas locais de conselhos estaduais e municipais ganhou especial destaque quando a plataforma RCS passou a ser utilizada para a gestão de eventos relacionados com as atividades estratégicas das comissões e da participação social. São exemplos disso seminários temáticos, similares aos realizados inicialmente pela COFIN e CICTAF, até apoio aos grandes eventos como as Conferências Temáticas e a 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS), quando mais de 4 mil participantes utilizaram a plataforma para o cadastro dos

diferentes segmentos e categorias estabelecidas no regimento interno aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2018.

No caso da 16ª CNS, a equipe técnica de assessoramento do CNS, a partir da estrutura estabelecida pela Comissão Organizadora e das orientações da mesa diretora do CNS, estruturou uma proposta de apoio utilizando a plataforma Rede Conselhos do SUS. Entendendo a complexidade que a gestão de uma conferência nacional requer, as comissões e secretaria executiva do CNS optaram pela centralização do processo de inscrição e a validação prévia ao credenciamento dos delegados e demais

participantes, totalizando 4.713 inscritos (Tabela 1), distribuídos obedecendo as representações locais e nacionais e os fluxos estabelecidas no regimento.

Tabela 1. Gestão de inscrições por categoria da 16ª Conferência Nacional de Saúde realizado na Rede Conselhos do SUS. 2019.

Tipo de Formulário por Categoria	Categoria Regimental e Apoio	Nº de Inscritos
Convidado(a)/ Monitor(a) Pesquisa	Convidado(a)/ Monitor(a) Pesquisa	110
Convidado(a)/ Relator(a)	Convidado(a)/ Relator(a)	67
Imprensa	Imprensa	124
Apoio, Membro e Palestrante	Apoio, Membro de Comissão, Comitê e Palestrante	121
Participante Livre	Participante Livre	73
Convidado – 1º Ciclo e 2º Ciclo	Convidado(a)	1056
16ª CNS (Delegado)	Delegado(a)	3162
Total		4713

Fonte: BRASIL. Plataforma Rede Conselhos do SUS do CNS. 2018. Disponível em: <https://redeconselhosdosus.net>

A COFIN E AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA O GERENCIAMENTO DE ATIVIDADES E ROTINAS NA REDE CONSELHOS DO SUS

A COFIN é uma das comissões que mais utiliza as ferramentas disponíveis na plataforma ou demandam customizações específicas, quer seja para uso em gestão de eventos, quer seja para oferta de cursos e apoio as atividades de monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS. Na proposta de organização das atividades a serem desenvolvidas pela COFIN, após a parceria com a CGU, a comissão optou por iniciar, pela organização da memória das reuniões ordinárias como demonstrado na Figura 8.

As estratégias da COFIN que envolveram a plataforma contemplaram desde o gerenciamento documental das reuniões da comissão, até a articulação com a CGU para o desenvolvimento do curso “Participação e Controle Social”. Esta iniciativa, no formato de parceria, desta vez envolveu as equipes da Controladoria Geral da União em Brasília e Minas Gerais, a Assembleia Legislativa de Minas Gerais, a Escola de Administração Fazendária (ESAF), além da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

O curso Participação e Controle Social vem sendo ofertado desde 2018 totalizando nove turmas até 2020. Destas, 6 turmas foram ofertadas a partir de 2019 pelo CNS utilizando a plataforma Rede Conselhos do SUS, totalizando 4.682 alunos que iniciaram o curso, dos quais 1.993 (42,7%) concluíram o curso e foram certificados. Em 2021, após atualização do curso em virtude das informações relacionadas a pandemia, o CNS, possui mais de 2.200 inscritos e a 1ª turma de 2021 com encerramento previsto para dezembro.

Além dessas atividades, a COFIN, resgatando as referências para a atuação dos conselheiros de Saúde, especialmente no tocante a fiscalização da execução orçamentária e financeira, fundamentada pela Lei Federal nº 8.080/1990, pela Lei Federal nº 8.142/1990 e ainda pela Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, e pela Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017, ambas do Conselho Nacional de Saúde, vem estruturando estratégias de acompanhamento dos instrumentos de planejamento do SUS, especialmente em apoio aos conselhos de saúde de todo o país, sendo fundamental a utilização da plataforma nesta disseminação (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017a).

A experiência adquirida pela equipe de assessores e membros da COFIN durante as análises da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde resultaram, nos últimos anos, na reprovação do Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde, sendo esta experiência fruto de anos e anos de minuciosa e detalhada ponderação sobre como e o que priorizar durante as discussões relacionadas as metas e indicadores priorizados no Plano Nacional de Saúde (PNS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatórios trimestrais e anuais de saúde, assim como os demais instrumentos de planejamento do SUS.

Esse acúmulo, portanto, será organizado em diferentes estratégias, presenciais e à distância, no intuito de ampliar o número de conselheiros e conselhos de saúde capacitados na análise, direcionamento e monitoramento da prestação de contas dos entes federados observando para tanto as diretrizes apontadas pelo TCU para essas atividades (BRASIL, 2017b). As estratégias da COFIN priorizarão as etapas de planejamento do SUS e as principais atribuições do CNS desde a definição das diretrizes para estruturação do Plano Nacional de Saúde 2020-2023 até a sua execução.

DISCUSSÃO

O Conselho Nacional de Saúde a partir dos resultados obtidos na parceria institucional com a CGU e especialmente entendendo as demandas do chamado “Sistema Conselhos” passa a viabilizar com esta estratégia de disseminação da informação a integração dos conselhos e conselheiros por meio de TIC, ou seja, na plataforma Rede Conselhos do SUS.

As deliberações do CNS, por sua vez, já apontavam para a necessidade de aprimoramento nos processos internos e externos relacionados a qualificação dos conselheiros, como demonstram as diretrizes estabelecidas para a educação permanente e diretrizes para estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde em todo o país.

A Resolução CNS nº 554/2017, em resposta as recomendações do Acórdão do TCU nº 1130/2017, demonstra a importância de se avançar no apoio e na qualificação do Controle Social como estratégia de fortalecimento do SUS, como demonstram as diretrizes:

(...) Terceira Diretriz: As condições estruturais necessárias aos Conselhos de Saúde para o permanente acompanhamento dos encaminhamentos e efetivação das deliberações aprovadas em suas reuniões plenárias e nas Conferências de Saúde direcionadas à gestão das secretarias de saúde devem ser asseguradas por sua respectiva esfera governamental, nos termos previstos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e pela Resolução CNS nº 454, de 14 de junho de 2012.

§1º O monitoramento das ações de saúde e da efetivação das deliberações do controle social, como previsto no caput desta diretriz fundamenta-se no princípio

da transparência dos atos da gestão da saúde, pilar do Estado Democrático de Direito;

§2º Para que o monitoramento seja eficaz faz-se necessário o estabelecimento e divulgação de canais de comunicação com as diferentes partes interessadas (sociedade civil, prestadores de serviços de saúde etc.), com o intuito de conhecer os problemas na prestação de serviços de saúde que mais afetam a população e de reduzir o risco de que a atuação do ente federado não reflita os interesses das partes afetadas.

Quarta Diretriz: Os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal devem observar o disposto na Quinta Diretriz da Resolução CNS nº 453/2012 no que se refere à elaboração e reformulação dos Planos de Saúde, devendo-se atentar-se para o fato de que desconformidades no plano de saúde podem ensejar a transferência da administração dos recursos do fundo de saúde para outro ente (estado ou União), nos termos do art. 4º, caput, inciso III e parágrafo único, da Lei nº 8.142/1990, e art. 22, inciso II, da Lei Complementar 141/2012.

Quinta Diretriz: A omissão na execução das atribuições dos Conselhos de Saúde Estadual, Municipal e do Distrito Federal pode ensejar, ante o previsto no art. 4º, caput e inciso II, da Lei nº 8.142/1990 e art. 22, inciso I, da Lei Complementar 141/2012, a transferência da administração dos recursos do fundo de saúde para outro ente (estado ou União), nos termos do art. 4º, parágrafo único, da Lei nº 8.142/1990.

(...) Sétima Diretriz: O Conselho Nacional

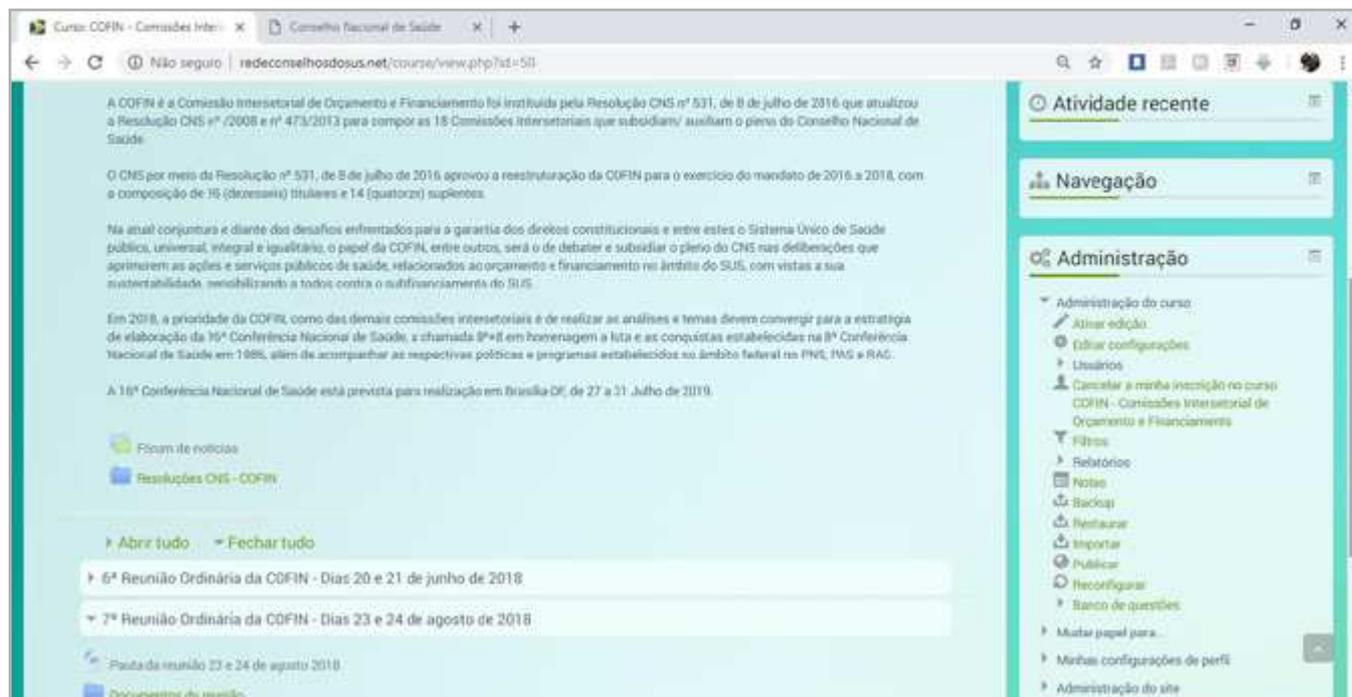
de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, elaborará, no prazo de 180 dias, um programa de capacitação para Conselheiros de Saúde, observando as especificidades regionais e as diretrizes para as Redes de Atenção à Saúde. (...) (BRASIL, 2017a).

Neste sentido, entendendo a importância de apoiar nacionalmente os Conselhos de Saúde e observando os apontamentos de Rosetti, em 2007, entende-se que o papel principal da TI é dar suporte à Gestão do Conhecimento (GC), ampliando o alcance e acelerando a velocidade de transferência do conhecimento. A TIC desempenha papel de infraestrutura, e a GC envolve aspectos humanos e gerenciais, ou seja, a interação entre TIC e GC como instrumentos de gestão estratégica e desempenho organizacional, os quais o CNS entende serem estratégicos para o avanço do SUS.

A estratégia, potencializada com a CGU, demonstrou o desafio a ser enfrentado na garantia da gestão da informação e na disseminação do conhecimento, tendo como um dos seus objetivos tornar o Conselho Nacional de Saúde, o principal organizador ou curador de informações confiáveis que norteariam a atuação do conselheiro(a) e cidadã(o) diante das pautas e causas sensíveis ao aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde.

A habitação de um espaço eletrônico/digital como, por exemplo, uma página na web, significa que seus elementos de contexto, conteúdo e usuários, conseguem mais do que comunicar, ou seja, conseguem criar significado, apropriar informação e socializar conhecimento, de acordo com as competências e as necessidades existentes (TEIXEIRA, 2012). A ideia aqui é utilizar a tecnologia da informação e comunicação como estratégia de atuação do controle social nas diferentes instâncias de atuação dos conselhos e conselheiros(as) de saúde, tendo o CNS como um grande curador à

Figura 8. Organização das Reuniões Ordinárias da COFIN na plataforma Rede Conselhos do SUS.



Fonte: BRASIL. Plataforma Rede Conselhos do SUS do CNS. 2018. Disponível em: <https://redeconselhosdosus.net>

luz da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – PNEPCS-SUS em 2006.

Portanto, a percepção da Gestão do Conhecimento e as diferentes formas da sua disseminação, como estratégia de formação para o controle social, é fundamental e prioritária para que o CNS desenvolva as diferentes estratégias de apoio à atuação qualificada e permanente dos atores do Controle Social no Brasil.

Estes aspectos prioritários, portanto, perpassam por observar as ofertas de plataformas web disponibilizadas hoje pelo CNS e entender as dificuldades enfrentadas pelo usuário alvo da tecnologia, ou seja, o(a) conselheiro(a), para saber quando e como disponibilizar as diferentes opções de aces-

so a ela, quer seja em plataformas na web e/ou mobile. Essas ferramentas precisam ser aprimoradas com ferramentas de buscas que facilitem, por exemplo, o acesso as informações das normativas e deliberações do pleno do CNS, que são fundamentais para atuação local do conselheiro e conselheira de saúde.

A estrutura tecnológica proposta pelo CNS para a plataforma Rede Conselhos do SUS, observou as diferentes estratégias de disseminação da informação que englobam e-mail, internet (plataformas e-learning, páginas oficiais e redes sociais), debates por transmissões ao vivo em plataformas de vídeo ou redes sociais, chats programados, mensagens instantâneas (aplicativos e mensagem de texto por operadoras de telefonia), podcasts, além de estratégias presenciais, apontando e estrutu-

rando na plataforma web, ferramentas e-learning multifinalitárias, sendo, portanto, uma agregadora de conteúdos por temas e diferentes abordagens, inclusive, servindo de articulador da sistema de conselhos de saúde no Brasil.

Desse modo, é fundamental entender que a estratégia de disseminação da informação, no formato presencial, foi e ainda é válido, especialmente por ser alternativa ao enfrentamento das dificuldades de acesso a tecnologias e também a ferramentas mobile, como demonstrado na pandemia da Covid-19. Porém, não podemos ignorar que ao mesmo tempo, a produção do conhecimento ganhou tamanha importância e magnitude que mantê-la em caráter apenas presencial, seria e ainda é um erro estratégico, principalmente quando se busca convencer diferentes atores sociais e técnicos para a atuação permanente do Controle Social, especialmente na saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia desenvolvida pelo CNS, por meio da COFIN, em articulação com a Controladoria Geral da União estabeleceu um marco nas parcerias institucionais com os órgãos de controle, especialmente no tocante ao tema, tão caro ao controle social na saúde, como se tornou o orçamento e o financiamento do Sistema Único de Saúde, especialmente diante da Lei Complementar 141/2012 e diante da EC 95/2016.

O papel inovador dessa articulação e a forma que foi desenvolvida aumentam a responsabilidade do CNS e da CGU nas respostas as diferentes demandas deste controle social, indo muito além da simples oferta de cursos e eventos, restritos aos aspectos do planejamento, orçamento e financiamento, uma vez que abre-se um leque de opção para outras demandas de parcerias e processos mediados por tecnologias, inimagináveis em curto

prazo antes da pandemia da Covid-19, mas que sem dúvida precisam ser acelerados no intuito de aprimorar a atuação indispensável dos conselhos e conselheiros (as) na governança do Sistema Único de Saúde.

A utilização da tecnologia da informação e comunicação que o CNS implementou com a RCS e, a articulação com instituições parceiras, ratificam os princípios e diretrizes definidos na Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – PNEPCS-SUS, por inúmeras vezes reiterados no âmbito do Pleno, das Comissões e das Conferências Temáticas e Nacionais de Saúde.

O ponta pé foi dado para que o CNS e a rede de conselhos de saúde de fato priorizem ações temáticas e colaborativas atendendo aos mais diferentes atores e a pluralidade do Controle Social no SUS. Por este motivo, resta pensar ainda, e fica como recomendação, as estratégias para a sustentabilidade de projetos como este e a garantia da manutenção da Rede Conselhos do SUS como meio para a o desenvolvimento da estratégia de educação permanente, a cada dia mais importante para a qualificação e efetiva atuação de conselheiros e conselheiras de saúde dada a dimensão continental do país.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Lançamento da Plataforma Rede Conselhos do SUS**. Portal de notícia SUSCONNECTA LANÇAMENTO. 2018a. Disponível em: <https://www.susconnecta.org.br/plataforma-rede-conselhos-do-sus-sera-lancada-para-unificar-controle-social-na-saude/>. Acesso em: nov. 2021.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Plataforma Rede Conselhos do SUS**. 2018b. Disponível em: redeconselhosdosus.net. Acesso em: jun. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 12 de maio de 2012**. Sítio Eletrônico Oficial. Brasília, 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>

cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: jun. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017**. Sítio Eletrônico Oficial. 2017a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/siacs/Reso554.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2021.

_____. **Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de janeiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da tricentésima oitava reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS**. 2018c. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/2018/Ata_da_308_RO.pdf. Acesso em: 19 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf. Acesso em: nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 20 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 105 p.: il.

_____. Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União. **Rede Conselho SUS reunirá informações voltadas ao controle social na área da Saúde**. 2018d. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2018/08/rede-conselho-sus-reunira-informacoes-voltadas-ao-controle-social-na-area-da-saude>. Acesso em: 19 nov. 2021.

_____. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (CGU). **Portal do Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (CGU)**. 2018e. Ambiente Controle Social. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/sobre/institucional/eventos/2018/controle-social-na-saude>. Acesso em: jun. 2018.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 86, 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: jun. 2017.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: jun. 2017.

_____. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 1130/2017-TCU-Plenário**, Data da Sessão: 31 de maio de 2017b – Ordinária. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/juris/Web/Juris/ConsultarTextual2/Processos.faces?grupoPesquisa=PROCESSO>. Acesso em: jun. 2017.

_____. Tribunal de Contas da União. **Ambiente sobre Governança na Saúde**. 2017c. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/governanca-em-saude-ainda-e-insuficiente-no-brasil.htm>. Acesso em: jul. 2018.

GUIMARÃES, E. M. P.; GODOY, S. C. B.; Educação Permanente: Uso as Tecnologias de Informação e Comunicação como Ferramenta para a Capacitação Profissional. Revista Mineira de Enfermagem. Editorial, 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/287#>. Acesso em: jun. 2016

ROSSETTI, A. G.; MORALES, A. B. T. O papel da tecnologia da informação na gestão do conhecimento. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 124-135, jan./abr. 2007.

TEIXERIA, T. M. C.; VALENTIM, M. L. P. **Estratégias para disseminação do conhecimento organizacional: o papel da arquitetura da informação**. Inf., Londrina, v. 17, n. 3, p. 165 – 180, set./dez. 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/informacao/>

Saúde é todo mundo
ajudando a viver
bem!!

(Curadora Popular)



DESFINANCIAMENTO DO SUS EM TEMPOS DE PANDEMIA: A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016 EM AÇÃO²⁴

Bruno Moretti²⁵
Carlos Ocké-Reis²⁶
Erika Aragão²⁷
Francisco Funcia²⁸
Rodrigo Benevides²⁹

24 Este capítulo é uma versão adaptada e atualizada de artigos escritos anteriormente pelos autores e disponíveis em (i) <https://jornalggn.com.br/artigos/por-que-o-congresso-nacional-nao-pode-permitir-a-reducao-dos-recursos-do-sus-para-2021/>, (ii) <https://jornalggn.com.br/a-grande-crise/mudar-a-politica-economica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/> e (iii) <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/economistas-advertem-austeridade-fiscal-mata-tirem-as-maos-do-sus.html>.

25 Bruno Moretti é economista e assessor técnico do Senado Federal

26 Carlos Ocké é economista e ex-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES).

27 Erika Aragão é professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)

28 Francisco Funcia é economista e mestre em Economia Política pela PUC-SP, doutorando em Administração pelo PPGA/USCS, coordenador-adjunto e pesquisador do Observatório de Políticas Públicas, Empreendedorismo e Conjuntura da USCS, professor dos cursos de Economia e de Medicina da USCS e Vice-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES).

29 Rodrigo Benevides é economista e mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ.

“Governos devem gastar de modo massivo com maior endividamento do governo por meio de títulos e alguma impressão de dinheiro, se necessário devem converter instalações quaisquer em hospitais e fazer fábricas produzirem material hospitalar e médico.” Kenneth Rogoff

“Espero, pelo menos, que possamos aproveitar a crise para mudar as mentalidades. Tomar o coronavírus como um exemplo em que não nos preparamos para o futuro. Estávamos despreparados para esta crise sanitária (...) É preciso parar de viver no curto prazo.” Jean Tirole

INTRODUÇÃO

A crise do Covid-19 ampliou o debate, no Brasil e no mundo, sobre a necessidade de financiamento adequado para a saúde pública. O combate ao coronavírus evidenciou tanto a necessidade de revisão das políticas econômicas centradas na austeridade fiscal, ou seja, focadas na redução de gasto público, como reacendeu a tese de que as políticas de saúde devem ser entendidas como políticas de Estado (e não de governos) e que os recursos alocados para seu financiamento representam investimentos para a qualidade de vida da população. A austeridade fiscal e o teto de despesas primárias³⁰, presentes desde 2016, estão levando o país à ruína, à estagnação, à depressão econômica, ao desemprego e à queda de renda das famílias trabalhadoras.

Neste momento histórico, os investimentos públicos e os gastos sociais devem ser avaliados pela sua efetividade, ou seja, pelo seu efeito multiplica-

30 BRASIL. Manual Técnico de Orçamento. Classificação da despesa. 2021b. Disponível em: <https://www1.sioop.planejamento.gov.br/mto/doku.php/mto2021:cap4>. Acesso em: 10 nov. 2021.

Ficamos na contramão do que orientam as autoridades governamentais em todo mundo, que buscam estabelecer políticas de fortalecimento dos sistemas de saúde, de um lado, e de suporte à economia, de outro.

A materialização dessa situação ocorreu sob a forma da execução orçamentária e financeira lenta e irregular para o enfrentamento das ações da Covid-19 em 2020, com destaque para:

Apesar de a Covid-19 ter sido mundialmente divulgada em janeiro de 2020, o orçamento do Ministério da Saúde somente recebeu recursos adicionais destinados especificamente para essas ações em abril e maio, mas a maior parte desses valores foram empenhados, liquidados e pagos nos meses de julho e agosto, quando o número de casos e mortes já havia crescido exponencialmente.

Depois disso, foram alocados em meados de dezembro/2020 por meio da abertura de crédito extraordinário, R\$ 20 bilhões para vacinas, como decorrência do prazo de 15 dias dado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) para que o Ministério da Saúde apresentasse o Plano Nacional de Imunização. Essa situação é mais uma evidência do descalo das autoridades federais no enfrentamento da Covid-19, que está sendo denunciado pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado desde maio de 2021. Como consequência desse atraso, os saldos financeiros não utilizados (no valor total de R\$ 21,6 bilhões) deste e de outro crédito extraordinário aberto em setembro/2021 também para vacinas, foram reabertos para execução orçamentária em 2021.

Gráfico 1 (página 72) ilustra essa situação.

Seria lógico supor que a pandemia trouxesse recursos adicionais para o SUS para além do piso federal, pois no período pré-Covid-19:

A participação federal no financiamento estava em queda, com o aumento da participação estadual e municipal nesse processo, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Participação do Financiamento do SUS por Esfera de Governo (2000 a 2019)

Ano	União	Estados	Municípios
2000	59,8%	18,5%	21,7%
2001	56,1%	20,7%	23,2%
2002	52,5%	21,9%	25,6%
2003	50,1%	24,5%	25,4%
2004	49,3%	26,0%	24,7%
2005	48,2%	25,5%	26,3%
2006	46,7%	26,3%	27,0%
2007	45,8%	26,9%	27,3%
2008	43,4%	27,6%	29,0%
2009	46,6%	25,8%	27,6%
2010	44,7%	26,9%	28,4%
2011	45,3%	26,0%	28,8%
2012	45,3%	25,3%	29,4%
2013	42,6%	26,7%	30,7%
2014	42,4%	26,5%	31,1%
2015	43,0%	26,0%	31,0%
2016	42,8%	25,5%	31,7%
2017	43,2%	25,7%	31,1%
2018	42,6%	26,5%	30,9%
2019	42,0%	26,5%	31,5%

Elaboração dos Autores. Fonte: Adaptado de MS/SIOPS

Os valores do piso e da aplicação federal ASPS estavam em queda nos últimos anos, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Piso federal e valor empenhado, em R\$ por habitante, a preços de 2019

Ano	Piso Federal SUS per capita (em R\$ 1,00 a preços de 2019)	Empenhado SUS federal per capita (em R\$ 1,00 a preços de 2019)
2017	565	594
2018	559	581
2019	558	583

Elaboração dos Autores. Fonte: Adaptado de estudo de Rodrigo Benevides, Carlos Ocke-Reis e Francisco Funcia (a partir de informações disponíveis em Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE para o IPCA, Produto Interno Bruto-PIB e população estimada com data de referência em 1º de julho. Secretaria do Tesouro Nacional – STN/ME para a Receita Corrente Líquida. Siga Brasil-Senado Federal para a execução orçamentária e financeira com Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS).

Nota: Valores atualizados para preços médios de 2019 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA (IBGE).

Mas não foi o que ocorreu: a aplicação federal em ASPS em 2020 foi de R\$ 162,4 bilhões, dos quais devem ser descontados os valores da reposição dos restos a pagar cancelados em 2019 (R\$ 0,9 bilhão) e da aplicação com recursos da fonte Petróleo (R\$ 0,6 bilhão), resultando numa aplicação líquida ASPS de R\$ 161,0 bilhões (R\$ 39,7 bilhões acima do piso de R\$ 121,3 bilhões) pelo gasto consolidado. Porém, com a exclusão das despesas federais realizadas para enfrentamento da pandemia, o valor aplicado líquido foi de R\$ 119,2 bilhões e ficou R\$ 2,1 bilhões abaixo do mínimo constitucional. Em outros termos, houve uma troca de algumas despesas programadas originalmente

no orçamento de 2020 (elaborado em 2019) para financiar parcialmente o combate da Covid-19³².

Muitos alegam que isso foi consequência da interrupção de tratamentos crônicos ou adiamento de cirurgias eletivas, mas é exatamente isso que deveria mobilizar mais recursos para preparar as unidades do SUS para o atendimento dessas demandas reprimidas.

Contudo, a lógica da austeridade fiscal em plena pandemia esteve presente também em todas as etapas referentes ao pagamento do auxílio emergencial, a saber:

- A primeira foi na proposta governamental do valor a ser pago, cuja ampliação para R\$ 600,00 foi obtida por meio da mobilização da oposição no Congresso Nacional;
- Depois, na relutância do governo em prorrogar o auxílio até o final do ano de 2020, o que ocorreu mediante a redução de valor R\$ 600,00 para R\$ 300,00 (e o impedimento de que todos os necessitados tivessem acesso a essas quatro parcelas finais de 2020);
- Por fim, em não apresentar no orçamento de 2021 proposta de recurso para a continuidade do auxílio emergencial em 2021, o que veio a ser feito somente a partir de abril, portanto, após o crescimento exponencial do número de casos e mortes no Brasil em curso desde janeiro.

32 Instituto de Direito Sanitário Aplicado. **Domingueira Nº 25** - Julho 2021. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-25-julho-2021>. Acesso em: 10 nov. 2021

O DESFINANCIAMENTO DO SUS PROSSEGUIU EM 2021

A proposta orçamentária de 2021 foi encaminhada ao Congresso Nacional em 31 de Agosto de 2020, portanto, em pleno estado de calamidade pública, com os recursos para ações e serviços públicos de saúde (ASPS) no piso congelado (no valor do piso de 2017) pela Emenda Constitucional (EC) nº 95, de 2016, e sem um centavo alocado para financiar ações de enfrentamento da pandemia. Considerando que, até aquela data, foram abertos créditos extraordinários para ASPS no valor de R\$ 36,8 bilhões, sendo R\$ 35,4 bilhões especificamente destinados para as ações de combate à Covid-19, é possível afirmar que essa foi a cifra retirada do Ministério da Saúde por conta da política econômica da austeridade fiscal, mediante principalmente o final da flexibilização da regra do teto dos gastos da EC 95/2016 estabelecido pela área econômica e aprovado pelo Congresso Nacional na Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2022 (BRASIL, 2016).

Em 08 de dezembro de 2020, em audiência promovida pela Câmara dos Deputados, a falta de recursos para enfrentamento da Covid-19 foi denunciada pelo representante do Conselho Nacional de Saúde e confirmada pelo representante do Ministério da Saúde, cuja alegação foi de que não era possível prever como estaria a situação da pandemia em 2021, mesmo diante dos dados existentes do número de casos e mortes, bem como dos alertas da comunidade científica sobre a possibilidade concreta de uma nova onda, como efetivamente ocorreu (BRASIL, 2020).

Estava desenhada naquele momento a saída encontrada pelo governo federal para manter a regra do teto de gastos da EC 95/2016: solucionar as necessidades de recursos para as ações de combate à Covid-19 por meio da abertura de créditos extraordinários – solução inconstitucional por não se tratar de despesa imprevista e emergencial, mas sim passível de planejamento das ações para

definição dos recursos necessários para esse fim em 2021.

O governo federal iniciou o ano de 2021 condicionando a retomada do auxílio emergencial, em valor inferior aos R\$ 600, e para um público menor, à adoção de medidas de austeridade fiscal, estruturais e conjunturais, que tendem a aprofundar ainda mais as desigualdades sociais no Brasil. A proposta governamental previa a revogação dos pisos constitucionais de educação e saúde nos três níveis de governo (que corresponderia a uma aplicação menor que a atual em cerca de 40%), conforme Menezes e Moretti (2019).. Em outros termos, teríamos um SUS para poucos, com enormes restrições de acesso, como se o sistema de saúde contasse com menos da metade dos profissionais, das vacinas, dos leitos e assim por diante.

Mas, se o governo não conseguiu passar a revogação dos pisos, a outra proposta de aprofundamento da austeridade fiscal foi aprovada na EC 109/2021: foram criadas regras fiscais para ativar gatilhos de contenção do gasto quando as despesas correntes dos entes subnacionais alcançassem 95% das receitas. Com isso, seria proibido, por exemplo, criar despesas obrigatórias para combater a pandemia em 2021. No caso da União, o gatilho seria acionado quando 95% das despesas sujeitas ao teto passassem a ser obrigatórias. Tal indicador ainda não foi alcançado, sinalizando que não se trata de medida emergencial, mas de um enrijecimento estrutural das regras fiscais. Trata-se de uma espécie de “teto dentro do teto”, mais uma regra para compor o emaranhado fiscal brasileiro com implicações para o gasto, ainda que os limites do teto não sejam rompidos. Entre outras medidas, o acionamento de gatilhos proibiria, por exemplo, reajustes do Bolsa Família e do salário-mínimo acima da inflação, ainda que num contexto de redução real da renda da população mais vulnerável (BRASIL, 2021a).

Em relação às medidas de contenção de gasto, as novas regras se somariam à regra de ouro, ao teto de gasto e à Lei de Responsabilidade Fiscal, consolidando a existência de normas sobrepostas, que determinam tanto uma redução estrutural de serviços públicos (o teto de gasto implica diminuição da despesa em relação ao tamanho da economia, independente da arrecadação), quanto uma política fiscal pró-cíclica na crise (gastos caem abaixo do teto quando a economia desacelera, tendo em vista a frustração de arrecadação) (BRASIL, 2000).

Vale lembrar que não há descontrole nas despesas obrigatórias da União: os gastos do RGPS se estabilizarão como proporção do PIB em função da reforma da previdência e as despesas de pessoal já sofreram queda real entre 2019 e 2021, segundo dados do Tesouro Nacional.

O Brasil vai na contramão das regras fiscais modernas, adotadas na maioria dos países centrais. Por exemplo, na União Europeia, marcada pela institucionalização da austeridade fiscal, embora haja limite à dívida, o monitoramento dos países se dá por indicadores fiscais estruturais, que descontam os efeitos do ciclo econômico (especialmente a baixa arrecadação) e os gastos extraordinários, como os decorrentes da elevada ociosidade da economia.

Medidas corretivas (análogas aos gatilhos) apenas são ativadas se o desequilíbrio for estrutural, permitindo que a política fiscal apoie a estabilização da economia. Tais medidas também envolvem o aumento de receita, diferente do Brasil, que pratica um ajuste fiscal pelo lado da despesa (redução de gasto), prejudicando os investimentos públicos e os gastos sociais. Além disso, a meta de gasto por lá adotada permite crescimento do gasto acompanhando o PIB potencial e ainda há cláusula de escape autorizando que o gasto cresça se houver arrecadação adicional.

Tais regras são, portanto, ajustáveis ao ciclo econômico e permitem que não haja cortes de gastos drásticos num contexto de baixa atividade, o que agravaria o desemprego, a desigualdade e a pobreza. Por exemplo, após a adoção de forte política de austeridade para combater a crise financeira global de 2008, a União Europeia praticou uma flexibilização a partir de 2015, favorecendo a retomada do crescimento. Países que não fizeram isso em momentos de crise, historicamente, não só pioraram seus indicadores de saúde, educação, dentre outros, como demoraram mais a retomar o crescimento, a exemplo da Grécia pós crise de 2008.

Este traço estabilizador da política fiscal se intensificou com a pandemia, com a previsão de programas de combate à Covid-19 e de recuperação da economia. Até instituições conservadoras como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, a seu modo, defendem medidas expansionistas para combater a crise.

O Brasil vai no sentido diametralmente oposto. O governo federal tem mobilizado sua base no Congresso Nacional para a aprovação de medidas que cortam mais despesas e prejudicam o combate à crise sanitária, econômica e social. A questão não é flexibilizar as regras fiscais, mas endurecê-las em favor da redução do Estado e dos direitos sociais, rasgando a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

Portanto, precisamos mudar essa rota perversa e caminhar no sentido oposto.

O problema do SUS é frequentemente reduzido à falsa dicotomia financiamento versus gestão. Mas, sem recursos, não há como melhorar a gestão. O país requer — urgentemente — um arcabouço fiscal que fortaleça o SUS. Como não podem emitir dívida soberana e sofrem os efeitos da crise sobre a sua arrecadação, os entes subnacionais devem

ser apoiados, especialmente, em momentos de queda da arrecadação e aumento da demanda por serviços de saúde. Para tanto, é necessário ampliar a participação do gasto federal de saúde no financiamento público, bem como garantir sua estabilidade diante de crises econômicas.

PROPOSTAS PARA ENFRENTAR O PROCESSO DE DESFINANCIAMENTO DO SUS

A opinião pública está sensibilizada para três questões muito claras para os especialistas em saúde coletiva: (i) a atenção à saúde não pode ser tratada como mercadoria e, portanto, requer o planejamento intersetorial estratégico, em especial das autoridades sanitárias e das autoridades econômicas; (ii) as políticas de acesso universal à saúde devem ser adotadas na perspectiva da garantia de um direito de cidadania, priorizando a alocação de recursos para a atenção básica enquanto ordenadora da rede de atenção à saúde da população, garantindo o atendimento em serviços ambulatoriais e hospitalares, bem como a valorização dos profissionais de saúde enquanto integrantes de uma carreira de Estado; e (iii) a política econômica de austeridade fiscal deve ser revista não somente agora, durante o combate à pandemia, mas principalmente após a crise do Covid-19, de modo a possibilitar a aplicação de recursos para garantir os direitos de cidadania, financiando a ação dos governos para o atendimento das necessidades da população não somente na área da saúde, mas também nas diferentes políticas sociais e de infraestrutura urbana.

É oportuno alertar que um dos problemas revelados pelo combate ao novo coronavírus está relacionado à falta de leitos, principalmente os de UTI: diferente da experiência do NHS inglês, temos uma fratura no SUS desde o seu nascimento, pois 70% do perfil de oferta hospitalar era privado ou filantrópico, contratado ou conveniado.

A situação pré-Covid-19, caracterizada pelo processo de desfinanciamento do SUS promovido pela EC nº 95/2016, caracterizou perda bilionária de recursos para ASPS: de 2018 até a proposta orçamentária de 2020, as perdas estimadas do SUS foram de R\$ 22,5 bilhões e os restos a pagar (despesas empenhadas, mas não pagas, portanto não efetivadas como atendimento às necessidades de saúde da população) cresceram 51% em 2017, mantendo-se desde então em patamar em torno de R\$ 20 bilhões.³³

Nesse sentido, a primeira medida seria executar imediatamente os restos a pagar do SUS para cumprir a Lei 4320/64. Trata-se de “dívida flutuante” e, como tal, sua exigibilidade deveria ser de 12 meses. Assim sendo, se as despesas inscritas em restos a pagar não forem executadas até o final do ano subsequente ao do empenho da despesa, elas deveriam ser canceladas até o final desse ano e esses valores inseridos no orçamento do ano seguinte para aplicação adicional ao piso da saúde, conforme preconiza a Lei Complementar 141/2012 (BRASIL, 1964; BRASIL, 2012).

A segunda medida seria garantir que o piso federal do SUS para 2022 não seja inferior ao valor executado em ações e serviços públicos de saúde em 2020 e/ou 2021, o que for maior, acrescido da variação anual do IPCA/IBGE. O Projeto de Lei Orçamentária (PLOA) 2022 traz dotações de ações e serviços públicos de saúde de R\$ 134,5 bilhões, valor próximo ao piso congelado da EC 95 (R\$ 134,1 bilhões). Assim, há uma redução orçamentária em torno de R\$ 44 bilhões em relação aos valores autorizados para 2021. Se tomarmos os recursos de enfrentamento à pandemia, há uma queda de R\$ 40 bilhões no PLOA 2022 em relação ao orçamento de 2021, diante de um cenário

33 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **É falsa a informação que Saúde ganhou R\$ 9,3 bilhões com emenda do teto de gastos.** 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1288-e-falsa-a-informacao-que-saude-ganhou-r-9-3-bilhoes-com-emenda-do-teto-de-gastos>. Acesso em: 10 nov. 2021.

em que se combina a continuidade da pandemia com as demandas reprimidas e novas demandas decorrentes do cenário ainda incerto do pós-Covid-19³⁴.

A terceira medida seria a revogação da EC nº 95/2016 para que a regra de cálculo do piso federal da saúde para 2022 e anos seguintes fosse alterada para não permitir a redução de recursos em termos per capita para o SUS (que está ocorrendo desde 2018 e ocorrerá até 2036). Para isso:

a) A solução imediata, de caráter transitório, poderia ser a retomada da tramitação da PEC 01/D de 2015, aprovada em primeiro turno na Câmara dos Deputados em 2016 (restando a aprovação em segundo turno e a aprovação em dois turnos no Senado Federal), cujo piso federal corresponderia a 19,4% da Receita Corrente Líquida (RCL). Para facilitar a tramitação, seria recomendado manter essa redação, mas incluir uma emenda com um dispositivo que estabelecesse a garantia de que nunca haveria redução do piso de um ano para o outro, de modo que se ocorrer alguma instabilidade econômica que reduza a RCL, os recursos da saúde estariam preservados, no mínimo, no mesmo valor do ano imediatamente anterior, acrescido da inflação.

b) Essa solução seria transitória. A nova EC a ser aprovada teria a vigência até a aprovação da PEC 36/2020, que promove a mudança estrutural tanto da forma de controle dos gastos públicos em substituição à regra do teto de gastos da EC 95/2016, que ficaria associada ao processo de planejamento quadrienal do setor

público materializado no Plano Plurianual, como da regra do piso federal do SUS, que ficaria desvinculada dos efeitos da dinâmica cíclica da economia, que impacta a receita, ao assumir um valor per capita, que seria objeto de definição à luz das necessidades de saúde da população e das experiências internacionais (BRASIL, 2020).

Neste quadro, nos parece inequívoco que a política econômica do governo federal precisará mudar diante da constatação de que a austeridade fiscal eleva as taxas de morbidade e mortalidade da população e não garante a retomada mais rápida de crescimento econômico e emprego, como a experiência pós crise 2008 demonstrou para os países que a adotaram por imposição de organismos como o Fundo Monetário Internacional.

Deste modo, tendo em mente que os países, incluindo o Brasil, não “quebraram” em 2020 com o aumento dos gastos públicos realizados para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, as seguintes medidas também deveriam ser adotadas imediatamente:

a) aplicação imediata de recursos adicionais no SUS, que poderiam ser financiados com a venda de títulos públicos, emissão de moeda e/ou utilização de parte do superávit financeiro da Conta Única do Tesouro Nacional, criando um fundo público no valor mínimo de R\$ 22,5 bilhões (perda apurada nos exercícios de 2018, 2019 e 2020 em decorrência da mudança da regra do piso do SUS federal pela Emenda Constitucional 95/2016), que seria acrescido aos créditos extraordinários abertos para enfrentamento

34 Trata-se do atendimento às necessidades de saúde da população que foram postergadas ou ficaram represadas, tais como, consultas de rotina, cirurgias eletivas e exames laboratoriais e de imagem, considerando também o agravamento dos problemas de saúde decorrente do adiamento dos tratamentos. Soma-se a isso a necessidade de reestruturação das instalações e dos equipamentos das unidades de saúde e da reposição de materiais e medicamentos para o atendimento da saúde da população, que também deverá crescer como consequência do desemprego e da queda de renda que reduzirá o atendimento pelos planos privados de saúde.

da Covid-19. É fundamental também suspender a regra de ouro, permitindo emissão de dívida para financiar os gastos do SUS e demais políticas públicas tanto no período da pandemia, como no “pós-Covid-19”;

- b) alocação de tais recursos adicionais para:
- (i) retomar e ampliar o Programa Mais Médicos;
 - (ii) melhorar as ações de vigilância em saúde;
 - (iii) realizar testes rápidos “em massa” e PCRs (20 milhões) para mitigar as subnotificações e conter o contágio;
 - (iv) garantir insumos, equipamentos de proteção individual e respiradores nas unidades de saúde;
 - (v) aumentar a oferta de leitos hospitalares e de unidades de terapia intensiva;
 - (vi) implantar central nacional de regulação de leitos públicos e privados para organizar o fluxo de atendimento dos casos mais graves;
 - (vii) suspender todos os atos (decretos, portarias e resoluções), que mudaram o financiamento da política de saúde, especialmente aqueles relacionados à portaria 2.979/2019 do Ministério da Saúde – que instituiu o novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde e, dentre outras medidas, extinguiu o Piso de Atenção Básica – PAB fixo, que garantia aos municípios o acesso a recursos regulares e automáticos segundo o critério populacional;
 - (viii) aprovação da Contribuição sobre Grandes Fortunas no parlamento (substituindo o dispositivo constitucional que criou o Imposto sobre Grandes Fortunas), a ser calculada a partir de uma alíquota percentual progressiva sobre valores acima de R\$ 10 milhões registrados na declaração de bens e patrimônios do imposto de renda sobre pessoa física e jurídica, cujos recursos seriam repartidos entre União, Estados e Municípios e vinculados às áreas da saúde, ciência e tecnologia, saneamento básico, segurança alimentar e as-

sistência social; (ix) resposta com urgência das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI), que tratam da redução dos pisos federais da saúde provocada pelas Emendas Constitucionais 86/2015 e 95/2016, em tramitação no Supremo Tribunal Federal – conforme oficialmente admitido até pelos técnicos do Tesouro Nacional, não há dúvida de que a Emenda Constitucional 95 desfinanciou o SUS (BRASIL, 2019; BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Câmara dos Deputados. **O Orçamento para a Saúde em 2021**. 2020. Disponível em: <https://edemocracia.camara.leg.br/audiencias/sala/1703>. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **É falsa a informação que Saúde ganhou R\$ 9,3 bilhões com emenda do teto de gastos**. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1288-e-falsa-a-informacao-que-saude-ganhou-r-9-3-bilhoes-com-emenda-do-teto-de-gastos>. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016.

_____. Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 de Março de 2015.

_____. Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021. Altera os arts. 29-A, 37, 49, 84, 163, 165, 167, 168 e 169 da Constituição Federal e os arts. 101 e 109 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 de março de 2021a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/emenda-constitucional-n-109-308527609>. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. Manual Técnico de Orçamento. **Classificação da despesa**. 2021b. Disponível em: <https://www1.siof.planejamento.gov.br/mto/doku.php/mto2021:cap4>. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 de maio de 2000.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 de janeiro de 2012.

_____. Lei nº 4.320, de 17 de Março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de Março de 1964.

_____. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 de novembro de 2019.

_____. **Proposta de Emenda à Constituição nº 1/D**, de 2015. Altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7%. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945979>. Acesso em: 19 nov. 2021.

_____. **Proposta de Emenda à Constituição nº 36**, de 2020. Altera o art. 165 da Constituição Federal e o art. 107 e 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, acrescenta art. 115 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, bem como revoga o inciso III do art. 167 da Constituição Federal e a Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8893886&ts=1630437011609&disposition=inline>. Acesso em: 19 nov. 2021.

G1. **Veja repercussão do pronunciamento de Bolsonaro sobre o coronavírus em que ele contrariou especialistas e pediu fim do ‘confinamento em massa’**. 24 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/24/veja-repercussao-ao-pronunciamento-de-bolsonaro-em-que-ele-pediu-volta-a-normalidade-fim-do-confinamento-e-disse-que-meios-de-comunicacao-espalhar-ram-pavor.ghtml>. Acesso em: 19 nov. 2021.

INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO. **Domingueira Nº 25** - Julho 2021. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-25-julho-2021>. Acesso em: 10 nov. 2021

MENEZES, A. P.; MORETTI, B. Desvinculação de receitas, barbárie anunciada na saúde pública. **Viomundo**, abril 2019. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/ana-paula-menezes-e-bruno-moretti-desvinculacao-de-receitas-barbarie-anunciada-na-saude-publica.html>. Acesso em: 10 nov. 2021.



foto: Acervo Conselho Nacional de Saúde - Flickr

O ENFRENTAMENTO DA COVID-19: FINANCIAMENTO LENTO, GRADUAL E RESTRITO³⁵

**Francisco R. Funcia
Rodrigo Benevides
Carlos Octávio Ocké-Reis³⁶**

35 Este capítulo é uma versão revista, atualizada e ampliada da Nota Técnica de autoria de Francisco R. Funcia - Enfrentamento do Covid-19: 150 dias da (não) execução orçamentária e financeira federal do SUS e perspectivas para 2021, publicada na 13ª Carta de Conjuntura – Especial Covid – do Observatório de Políticas Públicas, Empreendedorismo e Conjuntura da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (Conjuscs), edição de julho de 2020. Disponível em <https://www.uscs.edu.br/boletim/287> (Acesso em outubro/2021).

36 Os três autores elaboraram as trinta e três edições semanais do Boletim Cofin/CNS de abril a dezembro de 2020 a pedido da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS). Francisco Funcia é economista e mestre em Economia Política pela PUC-SP, consultor técnico da Cofin/CNS, vice-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Professor dos Cursos de Economia e Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul; Rodrigo Benevides é economista e mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Carlos Octávio Ocké-Reis é economista do Ipea, Doutor em Saúde Coletiva (IMS/UERJ) e autor do livro "SUS: o desafio de ser único" (Editora Fiocruz, 2012). Observação: As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, do Ministério da Economia, do CNS, da ABRES e das demais instituições citadas.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é avaliar a gestão orçamentária e financeira do Ministério da Saúde no combate à pandemia da Covid-19 em 2020 por meio dos dados e informações produzidas pelas trinta e três edições semanais do Boletim Cofin/CNS, concebido e desenvolvido para subsidiar a Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS) no processo de monitoramento e avaliação do financiamento e da execução orçamentária e financeira das ações e serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia realizadas pelo Ministério da Saúde.

Para cumprir o objetivo deste capítulo, buscamos responder a seguinte questão: a gestão do Ministério da Saúde cumpriu sua parte no financiamento das ações e serviços para combater a Covid-19 a partir de março de 2020? A partir deste momento deixou de haver qualquer dúvida de que o combate à Covid-19 deveria ter recursos adicionais alocados no orçamento de 2020 de forma prioritária, na medida que:

- a. Organização Mundial de Saúde (OMS) comunicou o estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em decorrência da doença causada pelo novo coronavírus no final de janeiro de 2020³⁷;
- b. o primeiro caso oficial de Covid-19 no Brasil foi anunciado na segunda quinzena de fevereiro de 2020;
- c. a OMS caracterizou a Covid-19 como

37 “A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia”. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: jul. 2020.

pandemia na primeira quinzena de março/2020 e, posteriormente, nesse mesmo mês, o governo federal decretou estado de calamidade pública; e

- d. houve a primeira morte por Covid oficialmente anunciada em março de 2020³⁸.

A base de dados e as informações para este capítulo foram obtidas junto às trinta e três edições de 2020 do Boletim Cofin/CNS, com destaque para duas delas: de 30/06/2020 e de 31/12/2020³⁹. Essas duas edições apresentam dados e informações correspondentes ao período de crescimento do número de casos e mortes por Covid-19, denominado como “primeira onda”, e de encerramento do ano de 2020, possibilitando uma avaliação retrospectiva.

Do ponto de vista institucional, a Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS) tem a competência de subsidiar os conselheiros nacionais de saúde, dentre outros, nos aspectos do financiamento do SUS e do planejamento e execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. O CNS e a Conferência Nacional de Saúde são instâncias deliberativas do

38 Conforme consta na matéria “Primeira morte por covid-19 no Brasil aconteceu em 12 de março Até este fim de semana, acreditava-se que havia sido em 16 de março” disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/primeira-morte-por-covid-19-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco> (Acesso em outubro/2021).

Nesse mês de março de 2020, a Cofin/CNS perdeu também uma de suas integrantes, Viviane Rocha Luiz, que representava o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) na comissão, sendo a primeira morte por Covid-19 registrada em Brasília, conforme matéria “Mulher de 61 anos é 1ª morte pelo coronavírus no DF, diz Secretária de Saúde - Vítima atuava como assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) - Ela morreu em 23 de março, mas diagnóstico de Covid-19 só saiu neste domingo (29)”. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/03/29/mulher-de-61-anos-e-1a-morte-pelo-coronavirus-no-df.ghtml>. Acesso em: out. 2021.

39 As trinta e três edições do Boletim Cofin/CNS de 2020 contém a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde no combate ao Covid-19. Estão disponíveis no site do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/boletim-cofin>.

SUS no âmbito federal, nos termos da diretriz constitucional de participação da comunidade no SUS e da legislação setorial específica – Lei 8080/90, Lei 8142/90 e Lei Complementar 141/2012 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2012).

Do ponto de vista da Teoria das Finanças Públicas, associada aos dispositivos constitucionais e da legislação federal (especialmente a Lei 4320/64 e a Lei Complementar 101/2000) que regem essa matéria, nenhuma despesa pública pode ser realizada sem o estabelecimento de objetivos e metas quadrienais no Plano Plurianual (PPA), que serão priorizadas anualmente na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para a programação das ações e alocação dos respectivos recursos na Lei Orçamentária Anual em cada esfera de governo (OLIVEIRA, 2009). Durante a execução orçamentária e financeira, é possível abrir créditos adicionais para promover ajustes nessa programação, que são denominados extraordinários para atender despesas imprevistas e emergenciais, como foi o caso da Covid-19 em 2020.

A programação das despesas com saúde nesses instrumentos deve corresponder ao planejamento da saúde inscrito nos respectivos Planos de Saúde e Programações Anuais de Saúde, cujo processo deve ser ascendente (da esfera municipal para a esfera estadual e, desta, para a federal) nos termos da Lei Complementar 141/2012 e com participação da comunidade por meio das respectivas Conferências de Saúde e dos respectivos Conselhos de Saúde (nos termos da Constituição Federal e da Lei 8142/90).

Esses instrumentos devem contemplar as diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde, bem como serem submetidos para análise e deliberação dos Conselhos de Saúde, subsidiando assim a elaboração do PPA, LDO e LOA, cujas programações de saúde devem também ser submetidas para aprovação do CNS antes do encaminhamen-

to desses projetos de lei ao Poder Legislativo. Desse modo, a primeira crítica reside no fato de que, diante da Covid-19, os ajustes necessários nesses instrumentos para contemplar tais despesas deveriam ter sido também avaliados e aprovados pelo CNS.

Os estudos da Economia da Saúde apontam que os recursos destinados ao financiamento do SUS têm sido historicamente (SANTOS; FUNCIA, 2020) insuficientes para garantir plenamente o cumprimento das diretrizes constitucionais desse sistema universal de saúde (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016), o que tem caracterizado um quadro de subfinanciamento crônico e, após as regras estabelecidas pela Emenda Constitucional (EC) 95/2016⁴⁰, um quadro de desfinanciamento (BRASIL, 2016)⁴¹.

Pode-se afirmar que tal desfinanciamento decorre, principalmente, das regras da EC 95/2016, que tem provocado mortes (RASELLA, D. et al., 2018; STUCKLER; BASU, 2013) no Brasil e no resto do mundo, fruto da política de austeridade fiscal. Cabe lembrar, a maior parte do financiamento do SUS continua sendo federal (levando em conta que uma parte dos recursos próprios de Estados e Municípios é oriunda das transferências constitucionais de impostos da União sob a forma de Fundo de Participação dos Estados e Fundo de Participação dos Municípios), apesar da pressão sobre o orçamento público dos municípios (SILVEIRA et al., 2020).

40 Piso federal do SUS ficou congelado no valor de 2017, corrigido anualmente pela variação do IPCA/IBGE; além disso, ficou estabelecido um teto para as despesas primárias da União no valor total dos pagamentos realizados em 2016 (também atualizados anualmente pela variação do IPCA/IBGE), o que também serve de referência para a saúde – afinal, o gasto dessa política setorial faz parte de um valor global definido, de tal forma que para o Ministério da Saúde ter recursos adicionais, outras áreas perderiam recursos; o prazo de vigência dessas regras se encerrará em 2036.

41 Conceito que tem sido adotado por muitos especialistas em economia da saúde para caracterizar a perda de recursos do SUS como consequência da EC 95/2016.

Foi nesse cenário de desfinanciamento federal do SUS que a pandemia da Covid-19 se instalou no Brasil. Em tempos de estado de calamidade pública, a ação 21C0 foi criada no orçamento federal de 2020 do Ministério da Saúde para alocar os recursos adicionais necessários para as despesas de combate ao Covid-19, quer por meio da aplicação direta do Ministério da Saúde, quer por meio das transferências de recursos financeiros para Estados, Distrito Federal e Municípios.

O Congresso Nacional também suspendeu o cumprimento das metas de resultado primário exigidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal e do teto de despesas primárias fixado pela Emenda Constitucional 95/2016 para o exercício de 2020⁴², cabendo ao governo federal abrir créditos adicionais extraordinários para as medidas de enfrentamento da pandemia pelo Ministério da Saúde, no caso das despesas com ações e serviços de saúde, e pelos outros ministérios, no caso das demais ações de proteção social e de redução dos efeitos negativos sobre a economia e a sociedade.

42 Com essa flexibilização, os recursos orçamentários dessa ação estavam totalmente disponíveis para viabilizar a imediata utilização para a realização de despesas emergenciais e extraordinárias, sem os efeitos restritivos do contingenciamento orçamentário e da limitação de pagamentos tratados por Fabíola Vieira e Sergio Piola em Implicações do Contingenciamento de Despesas do Ministério da Saúde para o Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde (IPEA, Texto para discussão 2260, Brasília, dezembro de 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7363/1/td_2260.pdf. Acesso em: jul. 2020.

O CARÁTER LENTO, GRADUAL E RESTRITO DO FINANCIAMENTO FEDERAL DAS AÇÕES DE COMBATE À COVID 19

As curvas de casos e mortes provocadas pelo Covid-19 estiveram em crescimento exponencial no Brasil até meados de 2020⁴³, estagnando nesse patamar elevado até o final de 2020. Nesse contexto, duas manchetes da mídia chamaram a atenção:

- “Covid-19: Pazuello adia decisão sobre entregar R\$ 10 bilhões a gestores do SUS ou Centrão” (VARGAS, 2020); e
- “Major Olímpio diz que governo está fazendo 'toma lá dá cá' com dinheiro do combate à Covid-19” (NERY, 2020).

Ambas revelavam que as condições de saúde e de vida das pessoas estavam subordinadas aos interesses políticos da construção de uma base parlamentar de apoio ao governo federal, com envolvimento de recursos financeiros destinados ao combate da pandemia, cujo retardamento de envio aos fundos estaduais e municipais de saúde tornava ainda mais dramática a prestação de serviços pelos trabalhadores e gestores do SUS.

Foi possível constatar que a maior parte do recurso disponível estava parada no orçamento até 30/06/2021:

- para aplicação direta do Ministério da Saúde, não haviam sido utilizados 73,5%;
- para transferência financeira aos municípios, não haviam sido utilizados 65,6%; e
- para transferência financeira aos Estados e Distrito Federal, não haviam sido utilizados 58,7%.

⁴³ Em 07 de julho, segundo informação divulgada pelo Ministério da Saúde, o Brasil tinha 1.668.589 casos confirmados da doença e 66.741 mortes por coronavírus. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47176-coronavirus-brasil-registra-976-977-pessoas-recuperadas>.

Os Gráficos 1-A a 1-D ilustram essa situação:

Gráficos 1-A a 1-D - Ministério da Saúde: Recursos orçamentários empenhados e a empenhar até 30/06/2020

Gráfico 1-A



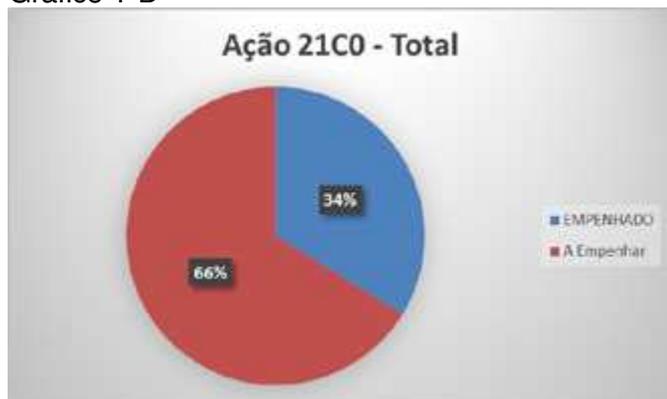
Gráfico 1-B



Gráfico 1-C



Gráfico 1-D



Fonte: Funcia, F.; Benevides, R.; Ocke, C.; Boletim Cofin/CNS – dados até 30/06/2020. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/boletim-cofin>.

Isso decorreu da combinação de duas ações governamentais prejudiciais para o atendimento às necessidades de saúde da população:

- a) de um lado, a inexistência de uma coordenação nacional para articular o enfrentamento da Covid-19, tanto das ações de saúde (cuja demissão de dois ministros da saúde em pouco mais de trinta dias refletiram bem isso), como das demais ações sociais e econômicas necessárias para garantir a eficácia e efetividade das medidas de isolamento social para restringir os casos de contágio e não levar ao colapso o atendimento do SUS (CEBES, 2021). Pelo contrário, houve demora na adoção de medidas de proteção social com a burocracia requerida para a concessão do benefício do Auxílio Emergencial para a população de baixa renda – que foi encerrado em dezembro de 2020, bem como não foram tomadas medidas efetivas de proteção econômica aos micro e pequenos empreendedores, tampouco de reconversão produtiva para minimizar os efeitos da oferta limitada de equipamentos de pro-

teção individual aos trabalhadores da saúde e de equipamentos para as unidades de saúde. Isso para não falar do descaso em relação às parcerias internas e externas para produção de vacinas para iniciar a aplicação ainda em 2020;

- b) de outro lado, apesar da flexibilização das regras fiscais, a manutenção da âncora da austeridade em pleno estado de calamidade pública e de emergência sanitária, constatada na demora em se aumentar os recursos do Ministério da Saúde (que ocorreu somente na primeira semana de abril, passados mais de 60 dias desde o reconhecimento pela OMS do estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional) escancarou o condicionamento da gestão da saúde pelo negacionismo e pelo fiscalismo.

Na verdade, as informações da Tabela 1 evidenciam que essa situação estava presente desde o início do enfrentamento da epidemia no Brasil, pois a alocação de recursos para uma ação orçamentária específica para esse fim no Ministério da Saúde ocorreu somente por meio da Medida Provisória 924, de 13 de março de 2020, isto é, mais de 30 dias depois do conhecimento internacional da existência do novo coronavírus – sendo que esse recurso foi objeto de remanejamento entre dotações orçamentárias do próprio Ministério da Saúde.

Tabela 1 – Ministério da Saúde: Ações orçamentárias com ingresso de recursos por Medida Provisória editada e aprovada (posição em 31/12/2020)

TABELA 4.1 Covid-19 – Ministério da Saúde – Medidas Provisórias Prazos e situação de conversão em lei – Saldos a Empenhar (até 31/12/2020)							
Ação / Plano Orçamentário	Autorizado (em R\$)	Saldo a Empenhar (em R\$)	Saldo/ Autorizado	Data da MP	Data Final de Vigência da MP	Conversão da MP em Lei após Data Final ⁴⁴	
Total	64.166.912.498	21.984.085.133	34,28%				
Ação 21C9 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus	63.742.542.980	21.985.259.423	34,49%				
MP01 - COVID-19 - MP nº 924, de 13/03/2020	4.836.795.979	99.932.192	2,07%	13/03/2020	11/07/2020	Não	
CV20 - COVID-19 - MP nº 940, de 02/04/2020	9.444.373.172	141.321.336	1,50%	02/04/2020	31/07/2020	Não	
CV50 - COVID-19 - MP nº 941, de 02/04/2020	2.048.736.886	15.784.487	0,77%	02/04/2020	31/07/2020	Lei 14032/2020	
CV30 - COVID-19 - MP nº 947, de 08/04/2020	2.600.000.000	99.027.043	3,84%	08/04/2020	06/08/2020	Não	
CV70 - COVID-19 - MP nº 967, de 19/05/2020	5.566.379.351	4.717.503	0,08%	19/05/2020	16/09/2020	Lei 14055/2020	
CV40 - COVID-19 - MP nº 969, de 20/05/2020	10.000.000.000	1.204.320	0,01%	20/05/2020	17/09/2020	Lei 14056/2020	
CV50 - COVID-19 - MP nº 976, de 04/06/2020	4.469.224.000	140.100	0,00%	04/06/2020	02/10/2020	Lei 14057/2020	
0000 - MP 989 de 08/07/2020 - Enfrent. Emerg. Saúde Públ. de Import. Internacional decorrente do Coronavírus	266.373.607	28.326.950	10,63%	08/07/2020	05/11/2020	Não	
CV90 - COVID-19 - MP nº 994, de 06/08/2020 - Encom. Tecn. p/ Vacina	1.294.023.633	0	0,00%	06/08/2020	04/12/2020	Lei 14107/2020	
CV91 - COVID-19 - MP nº 994, de 06/08/2020 - Proc. final e absorção tecn. de Vacina	710.936.372	5.386	0,00%	06/08/2020	04/12/2020	Lei 14107/2021	
CV19 - CORONAVIRUS (COVID19)	0	0	0,00%	25/05/2020	22/09/2020		
CV40 - COVID-19 - MP nº 1004, de 24/09/2020	2.513.700.000	1.682.804.743	66,95%	24/09/2020	22/01/2021	Saldos a empenhar reabertos em 2021	
CV41 - COVID-19 - MP nº 1.015, de 17/12/2020 - AQUISICAO VACINA	20.000.000.000	19.911.094.463	99,56%	17/12/2020	16/04/2021		
Ações 20TP - Ativos Civis da União + 212B - Benefícios aos Servidores	338.260.654	0	0,00%				
CV80 - COVID-19 - MP nº 970, de 25 de maio de 2020	338.260.654	0	0,00%	25/05/2020	22/09/2020	Sem saldo a empenhar	
Ação 212H - Manutenção de Contrato de Gestão com OS (Lei 9.637 de 15/05/1998)	20.000.000	0	0,00%				
CV50 - COVID-19 - MP nº 976, de 4 de junho de 2020	20.000.000	0	0,00%	04/06/2020	02/10/2020	Sem saldo a empenhar	
2E89 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde para Cumprimento de Metas	43.059.135	5.856.919	13,60%				
0000 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde para Cumprimento de Metas	43.059.135	5.856.919	13,60%				
2E90 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas	23.049.729	2.968.791	12,88%				
0000 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas	23.049.729	2.968.791	12,88%				

Fonte: Funcia, F.; Benevides, R.; Ocke, C.; Tabela 4.1 do Boletim Cofin/CNS 2020/12/31. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/boletim-cofin> e http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf.

O acompanhamento da execução orçamentária e financeira de cada crédito extraordinário aberto pelas respectivas Medidas Provisórias revelava semanalmente o caráter lento, gradual e restrito dos recursos aplicados para o enfrentamento da pandemia da Covid-19. Vale destacar que:

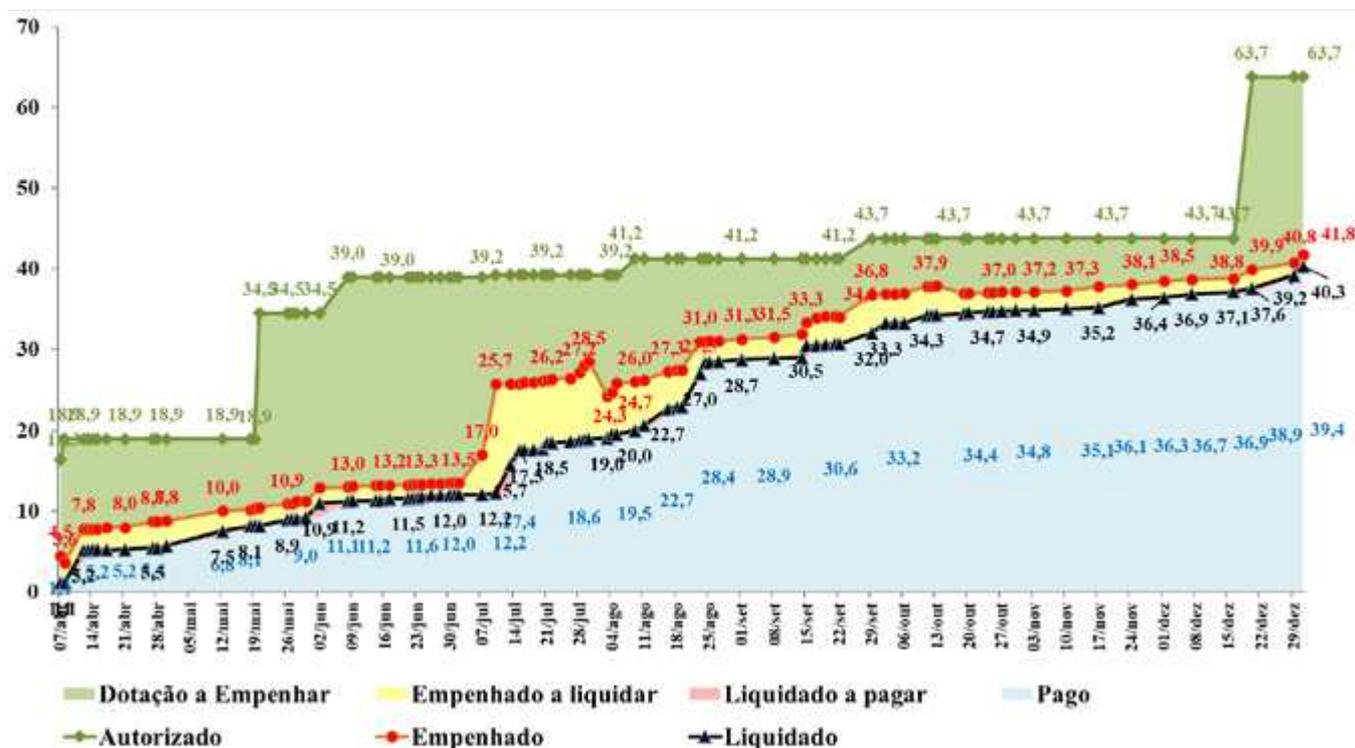
a) conforme a Tabela 1, quatro Medidas Provisórias tiveram saldos orçamentários perdidos, porque não foram convertidas em lei no prazo de 120 dias da sua edição – não puderam ser aplicados R\$ 99,9 milhões da MP nº 924, R\$ 141,3 milhões da MP nº 940, R\$ 99,9 milhões da MP nº 947 e R\$ 28,3 milhões da MP 989;

b) em 31/12/2020, havia saldos de recursos não utilizados pelo Ministério da Saúde das Medidas Provisórias nº 1.004 (de 24/09/2020) e nº 1.015 (de

17/12/2020), que somaram R\$ 21,6 bilhões no final de 2020, exclusivamente para vacinas, que foram reabertos como créditos extraordinários para execução em 2021 (isso foi possível porque esses créditos foram originalmente abertos no último quadrimestre de 2020). Aqui há mais uma evidência de que o negacionismo e a austeridade fiscal condicionaram a gestão da saúde na pandemia, uma vez que mesmo com as regras fiscais flexibilizadas em 2020, o grande volume de recursos para vacinas foi colocado no orçamento do Ministério da Saúde somente na segunda quinzena de dezembro de 2020⁴⁴.

44 Esse crédito adicional ocorreu após a determinação do Supremo Tribunal Federal (Ministro Ricardo Lewandowski) ao Ministério da Saúde para apresentação do Plano Nacional de Imunização. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/area/justica/integra-plano-vacinacao-saude/>. Acesso em: out. 2021.

Gráfico 1-E – Ministério da Saúde: Execução Orçamentária e Financeira da Ação 21C0 – Total Consolidado (em R\$ bilhões)



Fonte: Funcia, F.; Benevides, R.; Ocke, C.; Boletim Cofin/CNS 2020/12/31. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/boletim-cofin> e http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf.

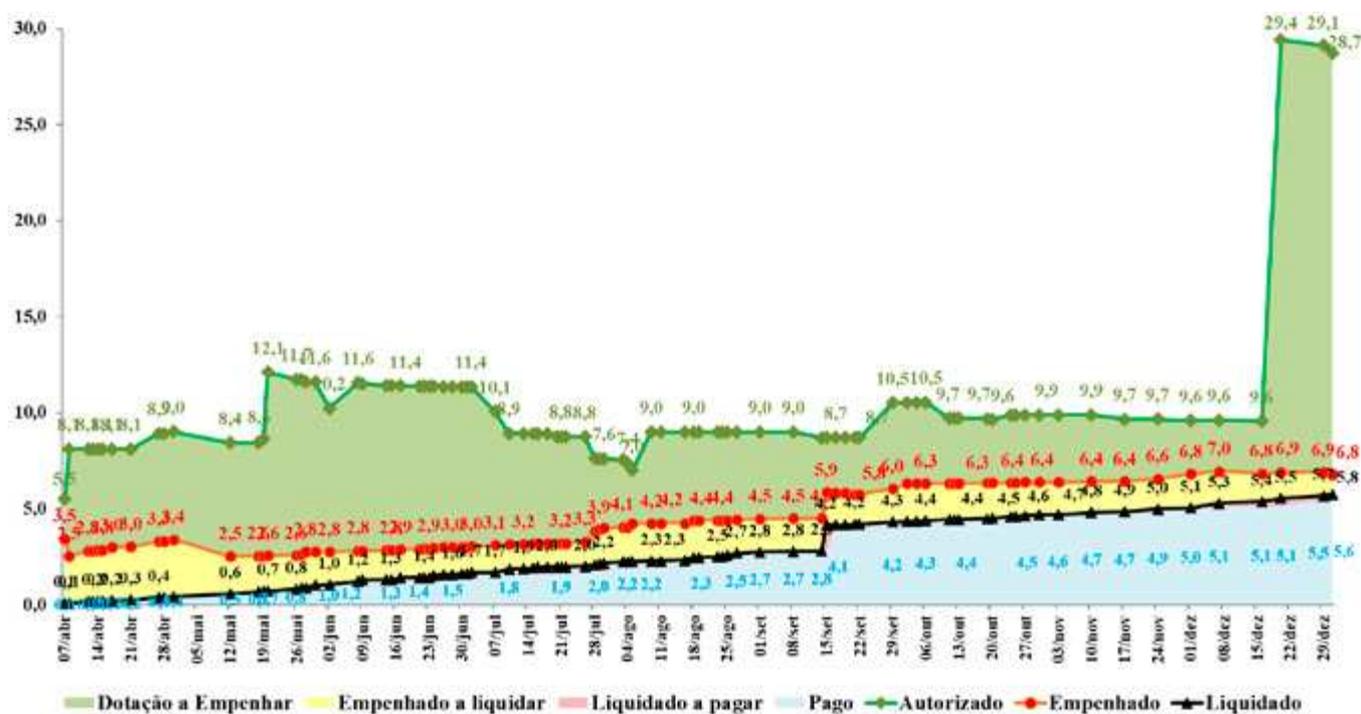
Mas, conforme Gráficos 1-E a 1-H, a baixa execução orçamentária e financeira dos recursos alocados (consolidado e por modalidade de aplicação) para o Ministério da Saúde na ação 21C0 (Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional decorrente do Coronavírus) estava presente desde o início de abril de 2020⁴⁵.

Houve uma omissão do Ministério da Saúde na subutilização desses recursos para garantir o atendimento das necessidades de saúde da população, o que evidencia a combinação de falta de planeja-

mento com interesses políticos difusos (negociação para apoio parlamentar do grupo denominado “Centrão”), econômicos (a área econômica do governo federal tem demonstrado resistência em adotar medidas emergenciais para o enfrentamento da epidemia que ampliem a dívida pública) e de negacionismo sanitário.

⁴⁵ No início desse mês, as informações passaram a ser sistematizadas e publicadas em boletins semanais pela Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS).

Gráfico 1-F – Ministério da Saúde: Execução Orçamentária e Financeira da Ação 21C0 – Aplicação Direta (em R\$ bilhões)

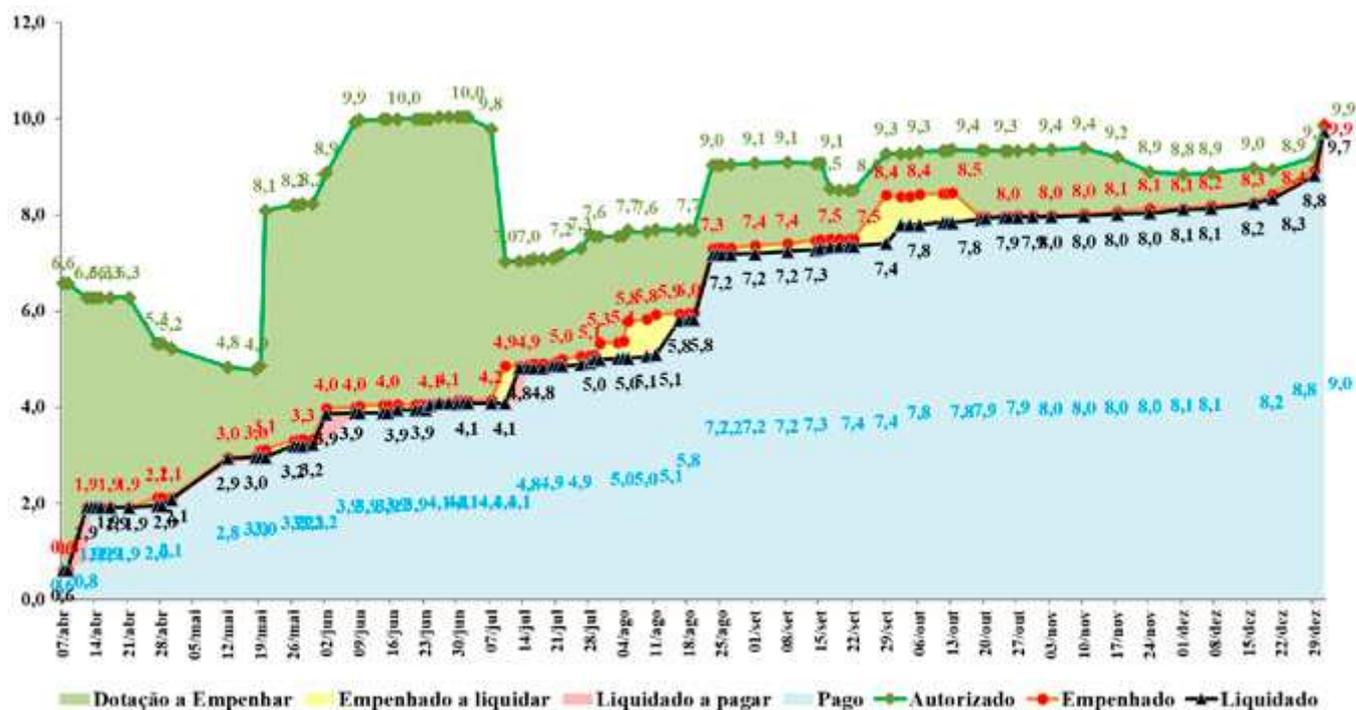


Fonte: Funcia, F.; Benevides, R.; Ocke, C.; Boletim Cofin/CNS 2020/12/31. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/boletim-cofin> e http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf.

Em outros termos, o Ministério da Saúde não fez a sua parte na gestão tripartite, isto é, não assumiu a coordenação nacional por meio de pactuações emergenciais na Comissão Intergestores Tripartite, que deveriam ser submetidas para aprovação do Conselho Nacional de Saúde nos termos da Lei Complementar 141/2012 (cuja mesa diretora estava mobilizada desde março): seja para viabilizar as compras centralizadas (obtendo preços mais vantajosos e reduzindo a possibilidade de fraudes) para distribuição às unidades de saúde estaduais e municipais, seja para definir os valores necessários para fortalecer o financiamento do combate do Covid-19 nos Estados, Distrito Federal e Municípios.

É oportuno destacar que essa função de coordenação nacional do Ministério da Saúde faz parte do processo de planejamento ascendente do SUS estabelecido pela Lei Complementar 141/2012, ou seja, houve um explícito descumprimento da Constituição Federal e da legislação do SUS por parte do governo federal (BRASIL, 2012).

Gráfico 1-G – Ministério da Saúde: Execução Orçamentária e Financeira da Ação 21C0 – Transferência Estados/Distrito Federal (em R\$ bilhões)

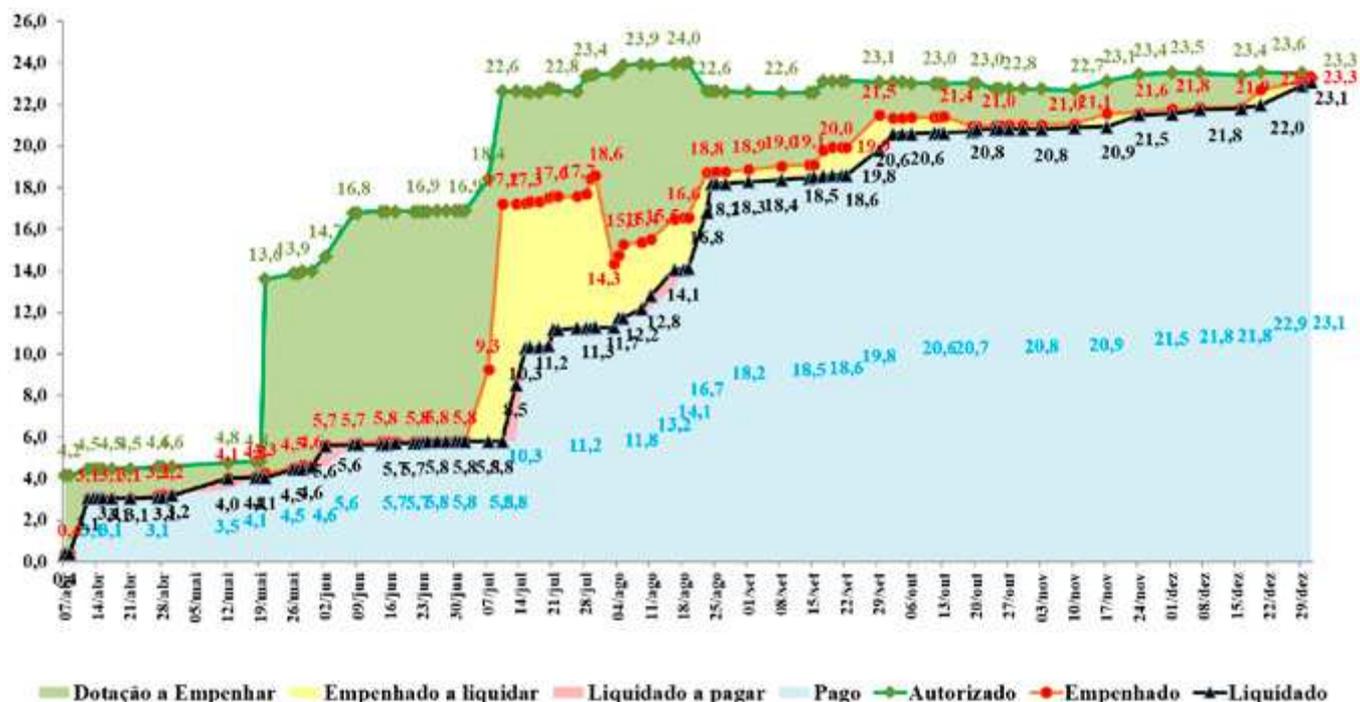


Fonte: Funcia, F.; Benevides, R.; Ocke, C.; Boletim Cofin/CNS 2020/12/31. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/boletim-cofin> e http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf.

A baixa execução orçamentária e financeira significou que materiais, medicamentos e equipamentos não foram comprados na quantidade necessária para distribuição no tempo certo às unidades de saúde e aos trabalhadores do SUS nos estados e municípios, bem como que recursos financeiros não foram transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde antes do aumento da curva de contágios e mortes caracterizada como a “primeira onda” da pandemia no País, ou seja, muitas mortes poderiam ter sido evitadas, assim como muitos casos de contágio.

Aquilo que o Ministério da Saúde deixou de fazer de forma escalonada no período de março a junho de 2020 causou também um grave problema administrativo e político aos governos estaduais e municipais, uma vez que boa parte dos recursos foi repassado de forma concentrada nos meses de julho e agosto de 2020: sem estrutura prévia para comprar emergencialmente material, medicamento, kit de testagem etc., o governo federal se eximiu de responsabilidade perante o país, argumentando que enviou os recursos, sem explicar que isso ocorreu com um atraso injustificável.

Gráfico 1-H – Ministério da Saúde: Execução Orçamentária e Financeira da Ação 21C0 – Transferência a Municípios (em R\$ bilhões)



bater a pandemia no Brasil executados de forma lenta, gradual e restrita, sem sintonia com as necessidades de saúde da população. Esse foi um dos motivos para a reprovação do Relatório Anual de Gestão 2020 do Ministério da Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme Resolução nº 663, de 30 de setembro de 2021 (BRASIL, 2021).

O cenário de 2021 está aprofundando o desfinanciamento federal do SUS, inclusive para as ações e serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia da Covid-19: o governo federal estabeleceu a volta da âncora fiscal baseada no teto das despesas primárias definido pela Emenda Constitucional 95/2016 (que foi suspenso somente em 2020) e não programou um centavo no orçamento de 2021 para o enfrentamento da pandemia – que está sendo tratada como uma despesa “imprevisita e emergencial” para ser financiada com recursos de créditos extraordinários (disponibilizados a “conta-gotas”), o que inviabiliza o planejamento tripartite. À guisa de ilustração, no primeiro quadrimestre de 2021, apesar do pico da “segunda onda” que atingiu mais de 4 mil mortes diárias (G1, 2021), foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para financiar as ações e serviços de saúde para enfrentamento da Covid-19, 63% a menos de recursos para os municípios e 17% a menos para os estados, em comparação ao terceiro quadrimestre de 2020⁴⁶.

O desfinanciamento federal do SUS vai se aprofundar em 2022, considerando o que consta na programação de despesas do Ministério da Saúde no Projeto de Lei Orçamentária 2022 da União encaminhada ao Congresso Nacional: o valor total para as ações e serviços públicos de saúde corresponde ao valor do piso federal do SUS de

46 Conforme constou na avaliação realizada pela Cofin/CNS sobre o Relatório de Prestação de Contas do 1º quadrimestre de 2021 do Ministério da Saúde, que subsidiou a edição da Recomendação nº 017, de 26/07/2021, do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1920-recomendacao-n-017-de-26-de-julho-de-2021>. Acesso em: out. 2021

2017 (atualizado pela variação do IPCA de 2017 a 2021), sendo que as despesas para enfrentamento da Covid-19 estão incluídas nesse valor, ou seja, foram reduzidas programações de despesas para o atendimento de outras necessidades de saúde da população para alocar recursos insuficientes destinados ao combate da pandemia – R\$ 7,1 bilhões, dos quais R\$ 3,9 bilhões para vacinas e R\$ 3,2 bilhões para outras ações e serviços de saúde.

Com isso, estão reduzidas a capacidade de financiamento federal para enfrentar as consequências deixadas pela epidemia do Covid-19, especialmente:

- a) aumento das cirurgias eletivas, consultas de rotinas e de exames de imagem que foram transferidos de 2020 e de 2021, em conjunto com a retomada do tratamento das doenças crônicas, dentre outras;
- b) desenvolvimento de estudos e da produção de medicamentos e vacinas para proteger a população da Covid-19, bem como aquisição de vacinas para cobrir 100% da população com a imunização necessária contra o coronavírus.

É preciso mudar a política econômica com urgência, especialmente revogar a EC 95/2016 (que, neste momento, poderia ocorrer mediante a aprovação do Congresso Nacional da Proposta de Emenda Constitucional 36/2020 ou pelo julgamento do Supremo Tribunal Federal das ações diretas de inconstitucionalidade referentes a essa matéria) (MORETTI et al., 2020).

É preciso também que outras medidas de controle das contas públicas sejam adotadas, que não se restrinjam somente ao controle das despesas primárias, mas também tratem do aumento da capacidade da arrecadação pública (tanto por meio de uma reforma tributária que desonere produção e consumo e amplie a incidência sobre patrimônio,

renda e riqueza, como por meio da redução dos gastos tributários ou da renúncia de receita) nos três níveis de governo e da revisão das despesas financeiras (juros e amortização da dívida pública).

Em caráter emergencial, é necessário que o governo federal aumente seus gastos mediante formas emergenciais de financiamento que nem estados, nem municípios, têm competência constitucional para adotar – por exemplo, utilizar o superávit do Tesouro Nacional, emitir moeda e/ou vender títulos da dívida pública. A prioridade deve ser a garantia do direito à vida, pois sem ela não há sociedade, nem democracia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 663, de 30 de Setembro de 2021**. Dispõe sobre a reprovação do Relatório Anual de Gestão 2020 do Ministério da Saúde e a indicação de medidas corretivas de gestão. 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/2084-resolucao-n-663-de-30-de-setembro-de-2021>. Acesso em: out. 2021.

_____. [Constituição (1988)]. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: Emenda Constitucional nº 95 (planalto.gov.br). Acesso em: 10 out. 2021.

_____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 de maio de 2000.

_____. Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 de janeiro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. Lei nº 14.194, de 20 de agosto de 2021. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da Lei Orçamentária de 2022 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de agosto de 2021.

_____. Lei no 4.320, de 17 de Março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de maio de 1964.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de dezembro de 1990b.

CEBES. **Ver Estudo da FGV:** 'Falta de coordenação no Ministério da Saúde foi determinante para colapso do SUS durante a pandemia'. CEBES, outubro de 2021. Disponível em: <http://cebes.org.br/2021/10/fgv-falta-de-coordenacao-ministerio-da-saude-colapso-do-sus-pandemia/>. Acesso em: out. 2021.

FUNCIA, F. R.; OCKE, C.; MORETTI, B. **Pra quem mentir?** Jornal GGN, 25 de julho de 2020. Disponível em: <https://jornalggn.com.br/a-grande-criese/pra-que-mentir-por-francisco-r-funcia-carlos-ocke-e-bruno-moretti/>. Acesso em: jul. 2020.

G1. Brasil bate marca de 4 mil mortes por Covid registradas em um dia pela 1ª vez e soma 337,6 mil na pandemia. **G1**, 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/04/06/brasil-bate-marca-de-4-mil-mortes-por-covid-registrados-em-um-dia-e-soma-3376-mil-na-pandemia.ghtml>. Acesso em: out. 2021

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (ORGS.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

MORETTI, B. et al. Mudar a política econômica e fortalecer o SUS para evitar o caos. **Carta capital**, 29/03/2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniao/mudar-a-politica-econo%CC%82mica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/>. Acesso em: jul. 2020.

NERY, N. Major Olímpio diz que governo está fazendo 'toma lá dá cá' com dinheiro do combate à Covid-19. **G1**, 2020. Disponível em <https://g1.globo.com/politica/blog/natuza-nery/post/2020/07/24/major-olimpio-diz-ter-recebido-do-governo-oferta-de-liberacao-de-recursos-da-covid-19.ghtml>. Acesso em: out. 2021.

OLIVEIRA, F. A. **Economia e Política das Finanças Públicas no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2009.

RASELLA, D. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLoS Med**, v. 15, n. 5, e1002570, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>

SANTOS, L.; FUNCIA, F. R. Histórico do financiamento do SUS: Evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. **Revista Eletrônica Domingueira da Saúde**, n° 21-Maio 2020. Campinas: Instituto de Direito Sanitário, 2020. Disponível em: <http://disa.org.br/domingueira/domingueira-n-21-maio-2020>. Acesso em: jul. 2020.

SILVEIRA, F. G. et al. **Os fluxos financeiros no financiamento**

e no gasto em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/PJSSaudeAmanha_Texto0043_v04.pdf. Acesso em: jul. 2020.

STUCKLER, D.; BASU, S. **The Body Economic: Why Austerity Kills**. UK: Penguin, 2013.

VARGAS, M. Covid-19: Pazuello adia decisão sobre entregar 10bi a gestores do SUS ou Centrão. **O Estado De São Paulo**, de 18 de junho de 2020. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,covid-19-pazuello-adia-decisao-sobre-entregar-r-10-bi-a-gestores-do-sus-ou-centrao,70003337686>. Acesso em: 26 jul. 2020.



foto: Acervo Conselho Nacional de Saúde - Plenária na 308 Reunião Ordinária

IMPORTÂNCIA DAS INSTÂNCIAS INTERGESTORES DO SUS

Blenda Leite Saturnino Pereira⁴⁷
Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior⁴⁸

Criado a partir da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é alicerçado na universalização do acesso, integralidade e igualdade da assistência, bem como a gratuidade do atendimento (BRASIL, 1988).

O arranjo constitucional da política pública de saúde, embora não tenha definido, o que cabe a cada ente da federação, explicitou objetivamente o modo (Sistema Único) de execução das ações integradas entre os três níveis federativos. Desta forma a via institucional é indispensável por que os avanços no SUS dependem da estrutura estatal para sua consecução universalizante e gratuita (PINTO, 2017).

Em decorrência dessa ausência de descrição de competências no texto constitucional, foi necessário a edição de normas infraconstitucionais para dirimir sobre a repartição das atribuições de cada esfera de governo bem como os arranjos normativos de governança para a operacionalização do sistema para atender os preceitos de descentralização da execução e provisão das ações e serviços públicos de saúde. Neste cenário foi editada no ano de 1990 as Leis n. 8.080 e 8142 também chamadas de Leis Orgânicas do SUS (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

O SUS, marco da Reforma Sanitária, concretiza o direito de todos à Saúde e o dever do Estado, mediante a implantação de políticas sociais e econômicas que visem à 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 (BRASIL, 2014).

Dessa forma, as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo, assim, um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para

47 Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

48 Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS)

as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade.

O SUS como sistema, envolve além das diversas instâncias do aparelho de Estado Brasileiro, responsáveis por distintas políticas sociais, as esferas do Poder Executivo dos entes federativos: União, Estados, DF e Municípios (BRASIL, 2021). A gestão de cada esfera de governo deve estar integrada, por meio da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos. Neste contexto, um desafio permanente do SUS é o fortalecimento dos vínculos interfederativos necessários à consolidação do Sistema.

Para fazer jus ao termo sistema, respeitando a autonomia de cada ente federado, ao SUS é exigido que sua dinâmica de funcionamento se dê mediante pactuações entre os entes (BRASIL, 2021). Neste contexto existem as esferas de pactuação onde as representações de cada esfera são consignadas no Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990 e dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, foi um marco importante no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde.

Este decreto estabeleceu conceitos estruturantes importantes para a gestão do sistema, dentre eles as comissões intergestoras, definindo-as como instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para a definição das regras da gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011).

As Comissões Intergestores, enquanto instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, constituem-se foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os

gestores na construção de consensos federativos, em cada nível da organização do Sistema: regional, estadual e nacional do SUS (BRASIL, 2014).

Nessas comissões as decisões se dão por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes (BRASIL, 2009). É fundamental o conhecimento das etapas de organização do SUS para que o sistema se desenvolva de forma adequada com efetividade e com envolvimento de todos os atores necessários.

O decreto estabeleceu as seguintes comissões intergestoras com a responsabilidade de pactuarem a organização e o funcionamento das ações e serviços públicos de saúde integrados em redes de atenção à saúde:

I – Comissão Intergestores Tripartite - CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS;

II – Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos, operacionais; articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual indicados pelo Secretário

rio de Estado da Saúde e dos secretários municipais de Saúde indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado (Conselho de Secretários Municipais de Saúde - Cosems). Os secretários municipais de Saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Os Cosems são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços. As CIBs foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 e instaladas em todos os estados do País, e

III - Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB. São compostas por representantes do estado e todos os secretários municipais de saúde de um determinado território (região de saúde) com capacidade de provisão de serviços de saúde em distintos níveis de atenção.

Os gestores públicos de saúde deverão ser representados nestas comissões:

No âmbito Regional:

- Secretaria Estadual de Saúde
- Secretários Municipais de Saúde da região de saúde

No âmbito Estadual:

- Secretaria Estadual de Saúde
- Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS.

No âmbito Nacional:

- Ministério da Saúde
- Representação dos Estados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS,
- Representação dos Municípios pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS

A edição da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 também disciplinou as competências das instâncias de pactuação, quando definiu que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, como foros de negociação e pactuação entre os gestores, decide sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde (BRASIL, 2012). Cabe também a esses fóruns definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e dos serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e dos serviços dos entes federados e fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados (CONASS, 2016)

Neste sentido é fundamental que o processo de planejamento da saúde seja ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvindo os respectivos Conselhos de Saúde, para que haja compatibilidade das necessidades das políticas de saúde com a respectiva disponibilidade de recursos financeiros. Conhecer bem as necessidades do território, defini-las adequadamente para sua monetarização, é tão importante quanto a questão da execução das ações e serviços públicos de saúde, pois o planejamento da saúde é obrigatório para

os entes públicos e é o indutor de políticas para a iniciativa privada.

Esta compatibilização deverá ser efetuada no âmbito dos planos de saúde que são os resultados do planejamento integrado dos entes federativos contendo as metas de saúde.

A Lei Complementar nº 141/2012 também conferiu a pactuação intergestores para critérios de rateio para alocação dos recursos federais e estaduais destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais (BRASIL, 2012).

Até 13 de janeiro de 2012 os critérios de transferência federal eram aqueles expressos na Lei nº 8.080/90, Art. 35 complementado pela Lei nº 8.142/90, Art. 3. Na Lei nº 8.080/90 estava explícito que 50% dos recursos deveriam ser transferidos a Estados e Municípios pelo coeficiente populacional. Outros 50%, mediante a combinação de alguns critérios. Enquanto não se definissem estes critérios, os recursos deveriam ser transferidos 100% pelo coeficiente populacional, conforme a Lei nº 8.142/90 (CARVALHO, 2012). Além dos critérios disciplinados pela Lei nº 8.080/90 foram adicionadas necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

Já no tocante ao rateio dos recursos estaduais transferidos aos municípios para financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a Lei Complementar nº 141/12 disciplina que deverá ser realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração às dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial, além da capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais.

Após a pactuação intergestores, tanto nacional quanto estadual, a proposta de rateio deve constar nos respectivos planos de saúde e deverá também ser aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 2012).

Mendes, Leite e Carnut (2020) afirmam que no cenário de crise econômica e processo de desfinanciamento do SUS, sabe-se que a discussão não se restringe a somente incrementar os recursos para esse sistema, mas implica, sobretudo, aprimorar a forma de distribuição dos recursos da União para os estados e municípios, aperfeiçoando os critérios de rateio, conforme estabelecidos pela Lei nº 141/2012 (MENDES; LEITE; CARNUT, 2020).

No entanto, a metodologia de rateio ainda não se efetivou mesmo sendo necessária, a fim de contribuir para redução das desigualdades em saúde, assim como mitigar os efeitos da crise econômica em curso.

Um sistema bem estruturado e organizado nos princípios assistenciais de saúde e no conhecimento normativo, com um financiamento que atenda as necessidades identificadas em todos os níveis de pactuações, compondo um planejamento consistente e uma execução das ações e serviços públicos em saúde transparente, certamente trará um bem-estar a todos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **A regionalização da Saúde: O Decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS.** Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/regionalizacao_saude_decreto_7508.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. **Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite - CIB, CIT.** Plataforma Renast online. 2021. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comissoes-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. **Informações Estratégicas.** Portal Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde, 23 de dezembro de 2009. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php>. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 de janeiro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de dezembro de 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.** – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.** – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf.

CARVALHO, G. **Critério rateio de recursos federais da saúde.** Idisa, 2012. Disponível em: http://idisa.org.br/site/documento_7021_0__2012---27---605---domingueira---critErio-rateio-de-recursos-federais-da-saUde.html. Acesso em: 10 nov. 2021.

CONASS. **A governança na região de saúde.** Consensus, 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/governanca-na-regiao-de-saude/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

MENDES, Á.; LEITE, M. G.; CARNUT, L. Uma metodologia para rateio dos recursos federais do SUS: o índice de necessidades de saúde. **Revista de Saúde Pública**, p. 54-77, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001661>.

PINTO, E. G. **Financiamento dos direitos à saúde e à educação uma perspectiva.** Belo Horizonte, MG: Fórum. 2017.



o Nacional
o



foto: Acervo Conselho Nacional de Saúde - Flickr

FINANCIAMENTO DO SUS: AVANÇOS E DESAFIOS DA LUTA SOCIAL PELA GARAN- TIA DO DIREITO À SAÚDE

Claudio Ferreira do Nascimento⁴⁹
Ianna Oliveira Sousa⁵⁰
José Maria Ximenes Guimarães⁵¹

49 Cirurgião-dentista, Conselheiro Nacional de Saúde, Coordenador-Adjunto da COFIN/CNS, Mestre em Saúde da Família RENASF/UECE;

50 Enfermeira, Mestra em Saúde da Família RENASF/UECE;

51 Sanitarista, Doutor em Saúde Coletiva (UECE). Professor visitante da Universidade Estadual do Ceará.

INTRODUÇÃO:

A luta pelo direito universal à saúde no Brasil tem na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, um de seus marcos históricos fundamentais. O impulso das lutas políticas daquele período se, por um lado, propiciou a inscrição na carta magna federal deste direito fundamental, por outro, não avançou o bastante para que nela fossem definidos e garantidos recursos orçamentários e financeiros do fundo público em volume e constância suficientes para permitir a construção de um SUS público-estatal, gratuito e de qualidade como demanda a maioria dos movimentos sociais. Desse modo, o acesso da população às ações e serviços de saúde de forma universal, equânime, integral e com ampla participação popular na construção das políticas como prevê o próprio texto constitucional tem sua garantia comprometida mediante sucessivos desmontes e retrocessos nas políticas de saúde. (BRASIL, 2021)

Tal condição, por si só, evidencia a dimensão da ameaça ao direito à saúde representada pelo processo de subfinanciamento crônico e, desde 2016 com a aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), pelo desfinanciamento crescente do SUS, ao mesmo tempo em que expõe a relevância da consigna do financiamento estatal da saúde pública e das demais políticas de seguridade social para a agenda de lutas dos movimentos sociais. (BRASIL, 2016)

Neste processo de luta contra o sub/desfinanciamento do SUS e por ampliação dos recursos do orçamento da seguridade social, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) constituiu-se historicamente como um dos espaços políticos indispensáveis de intervenção dos movimentos. Com efeito, atua não somente nas tarefas formais de debate e formulação de políticas de saúde e de controle da sua execução, especialmente, em seus aspectos econômicos e financeiros, vide as análises e produ-

ções político-científicas dos debates da Comissão de Orçamento e Finanças (COFIN), mas também desenvolve ações políticas derivadas da situação política atual em que assumiu um protagonismo importante no apoio à organização da resistência em defesa do SUS e no impulso das lutas sociais no sentido da revitalização da luta democrática pelo direito à saúde.

Podemos afirmar que a luta pelo financiamento do SUS é parte fundamental do processo de mobilização social em defesa da saúde pública e das demais políticas de seguridade social, iniciado nas décadas de 1980 e 1990, em razão da ameaça concreta representada pelo avanço da agenda neoliberal pelo mundo e, neste sentido, consideramos que ela emerge historicamente como expressão indissociável do processo mais amplo de lutas sociais e políticas das maiorias sociais exploradas e oprimidas e suas organizações contra os efeitos da resposta política das classes dominantes no Brasil e no mundo, à crise estrutural do capitalismo.

Tal caracterização exige que, para além dos problemas relacionados à disputa política pelo marco legal de institucionalização do SUS na Constituição de 1988, as análises das razões do sub/desfinanciamento estatal da saúde pública brasileira resgatem referências, relações, processos e fenômenos sócio-históricos mais abrangentes associados à crise estrutural do capital e seus efeitos sobre as políticas econômicas e sociais do centro e da periferia do mundo (BRASIL, 2021).

Neste contexto, não se pode perder de vista os aspectos dinâmicos e contraditórios da luta de classes no Brasil, os avanços e recuos da situação política derivados das mudanças e conformações da relação social de forças que estão na base de fenômenos como, por exemplo, a reviravolta na situação política reacionária brasileira do final dos anos 1970 e início dos anos 1980, em razão do

avanço das lutas da classe trabalhadora por direitos e liberdades democráticas e que possibilitaram a emergência de um programa de Reforma Sanitária. Tal programa tinha como proposta, não apenas uma reforma setorial mas a necessidade de reformas sociais e políticas do conjunto da sociedade, mesmo em meio ao hegemonismo crescente do programa neoliberal pelo mundo.

Neste texto desenvolvemos algumas reflexões sobre o processo de luta política dos movimentos sociais pelo financiamento do SUS, começando pela identificação de aspectos que caracterizam o subfinanciamento, tendo por base alguns elementos de análise quantitativa e qualitativa. No segundo tópico, apresentamos um breve apanhado das causas objetivas, das determinações concretas do subfinanciamento do SUS para, no tópico seguinte, refletirmos um pouco sobre uma de suas determinações mais recentes e impactantes, no caso, a EC 95/2016, com seus efeitos geradores de desfinanciamento. No quarto tópico, abordamos o processo de luta contra o subfinanciamento em si, tendo por referência as organizações e movimentos componentes do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), seus programas e estratégias de luta, limites e potencialidades, bem como, o papel assumido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no processo de luta pelo financiamento do SUS. Por fim, concluímos este texto com algumas sínteses do conjunto de reflexões aqui delineadas, apontando para as possibilidades de luta em defesa do financiamento do SUS na atual conjuntura. (BRASIL, 2016)

Levantar este conjunto de reflexões tendo em vista estes vários aspectos dinâmicos das lutas sociais pode, de algum modo, colaborar com o debate e a busca de alternativas que possibilitem o avanço das lutas na defesa do financiamento do SUS em meio às dificuldades impostas pelo aprofundamento da agenda “austericida” de ajustes e contrarreformas neoliberais, à um cenário de estagnação

econômica que persiste desde 2014 caracterizado pelo avanço do desemprego, da concentração de renda, da miséria e da violência social e à uma situação política reacionária, aberta em 2016 e aprofundada em 2018, que, atinge sua maior agudeza neste momento de tragédia sanitária derivada das ações e omissões governamentais relativas à pandemia mundial de COVID-19.

A DIMENSÃO DO SUBFINANCIAMENTO DO SUS

A percepção atual de que há muito a ser feito para termos um SUS efetivamente público, universal e de qualidade não é nova. As análises sobre os 25 anos do SUS, realizadas por Paim (2013), mesmo em meio à uma situação política e econômica diferente da atual, já sinalizavam que, apesar das inúmeras conquistas do SUS, sobretudo na ampliação do acesso aos serviços de saúde, com repercussões positivas no perfil epidemiológico, perdurava uma convivência contraditória entre, de um lado, inovações institucionais, descentralização, participação social, consciência do direito à saúde, formação de trabalhadores e tecnologias e, de outro, crescimento do setor privado, segmentação do mercado e comprometimento da equidade nos serviços e nas condições de saúde.

Tais análises apontavam, de forma destacada, os obstáculos ao SUS representados, naquele momento, pela diminuição do financiamento federal, as restrições de investimento em infraestrutura e a gestão do trabalho associada à submissão dos trabalhadores de saúde à precarização e às terceirizações, deixando claro que estávamos diante de desafios de natureza política visto suporem a necessidade de garantia de financiamento do subsistema público, de redefinição da articulação público-privada e de redução das desigualdades de renda, poder e saúde. Em síntese, subfinanciamento público, desigualdade na oferta de ações e

serviços e articulação público-privada prejudicial ao SUS eram vistos como impeditivos concretos da efetivação do direito à saúde previsto na Constituição Federal, leis ordinária, decretos e demais documentos.

A determinação constitucional para que seja estabelecido um sistema público de saúde de acesso universal a partir de uma estrutura de financiamento centrada em receitas públicas com base em impostos e contribuições das três esferas de governo, incluídas as transferências constitucionais para Estados e Municípios, não impediu que no Brasil ainda tenhamos um gasto público em saúde inferior aos gastos privados (das famílias). As razões para esta condição, que abordaremos em seguida, podem ser encontradas, por exemplo, na avaliação socioeconômica e política que Lacaz et al. (2019) fazem da desfiguração da Constituição Federal de 1988 iniciada já no início dos anos 1990, quando passa a configurar-se um projeto de Estado, calcado no neoliberalismo. Para os autores, trata-se de um projeto de poder político-ideológico que acabou por inverter o significado real das conquistas, ou seja, o Brasil teve, enfim, uma Constituição avançada socialmente, mas, na realidade, sua concretização esbarrou na reestruturação do papel do Estado, de cunho neoliberal.

Informações levantadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) juntamente com a ONG Contas Abertas, com base em dados do Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), do Ministério da Saúde (MS), dão conta que o gasto público brasileiro (dos três níveis de governo - federal, estadual e municipal), por habitante, com saúde, foi de R\$ 1.398,53, em 2019, o que equivale à R\$ 3,83 por dia. Embora isso represente um aumento em termos absolutos em comparação à 2008, que é o primeiro ano da série levantada, revela o quão distantes estamos de parâmetros internacionais de financiamento da saúde pública e, conseqüentemente da garantia

de condições de cobertura nas necessidades de saúde da população (CFM, 2021).

Nosso distanciamento pode ser revelado a partir da avaliação de informações de base comparativa como as presentes, por exemplo, no último relatório com dados globais da Organização Mundial de Saúde (OMS) que revelou que a saúde representou 10,3% do gasto público brasileiro, em 2017 (OMS, 2018).

Este dado, representativo do peso do financiamento da saúde no gasto estatal, apesar de situar o país dentro da média mundial de 10,2% naquele ano, se avaliado tendo por referência o conjunto dos 193 países que compõem a organização, demonstra que o Brasil, mesmo sendo a 8ª economia mundial na época, ocupava apenas a 82ª posição em termos de destinação de recursos de seus orçamentos e gastos públicos para a saúde.

De acordo com o relatório, o percentual de gasto público com a saúde dos brasileiros está abaixo da média dos continentes americano e europeu de 13,2% e 12,3%, respectivamente, condição que nos coloca muito atrás de países centrais do capitalismo como Japão (23,6%) e Alemanha (20%), mas muito distante, também, de alguns dos nossos vizinhos da América Latina como Costa Rica (26%), Uruguai (19,8%) e Argentina (16%) (OMS, 2018).

Duas observações são necessárias em relação a este percentual do total de gastos das três esferas de governo. A primeira é que ele ainda não carrega completamente os efeitos da Emenda Constitucional 95 (EC 95) aprovada em 2016, mas cujos efeitos em termos de redução de recursos orçamentários começaram a ser sentidos a partir de 2018. A segunda que, observando somente a proporção dos gastos federais vê-se que há uma queda significativa da participação da União no bolo dos gastos públicos de 50,1% em 2003 para

43,3% em 2017, ou seja, dos 10,3% dos gastos públicos em saúde, a União contribuiu com apenas 4,41%. De acordo com Vieira, Piola e Benevides (2019, p. 16), neste período, houve um aumento no gasto das três instâncias de governo, passando de 3,16% do PIB, em 2003, para 4,05% em 2017, mas de forma desproporcional visto que “a EC nº 29/2000 foi bem-sucedida ao comprometer, de forma mais expressiva, estados, DF e municípios, no financiamento do SUS”. (BRASIL, 2016)

Outra forma de avaliarmos o nível de financiamento público da saúde, tendo por base parâmetros internacionais de comparação, é através dos gastos totais com saúde, ou seja, os gastos dos governos e das famílias. A análise comparativa entre países a partir das composições pública e privada nos gastos totais com saúde medidos como proporção do Produto Interno Bruto (PIB) permite evidenciar a dimensão do subfinanciamento estatal do SUS.

Grosso modo, considera-se que há subfinanciamento quando, mantidos os níveis de gasto total em saúde, verificamos que o gasto estatal com saúde pública em um país, como proporção do PIB, é menor do que aquele executado por países com sistemas universais de saúde ou que têm valores aproximados de renda per capita. (MARGUES, 2017; VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019; SILVEIRA et al., 2020)

Em 2017, o gasto total com saúde no Brasil alcançou, em termos nominais, R\$ 608,3 bilhões (9,3% do PIB nacional). Apesar deste valor, como proporção do PIB, ser semelhante a países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), a maior parte desta despesa, equivalente a 354,6 bilhões (5,4% do PIB), continua sendo paga pelas famílias, tanto direta como indiretamente, através de entidades sem fins lucrativos. Além disso, a análise da evolução das despesas com saúde, entre 2010 e 2017, mostra que houve um aumento desigual entre as compo-

sições dos gastos totais, de modo que enquanto os gastos públicos (das três esferas de governo) subiram somente 0,3%, as despesas privadas (das famílias) aumentaram o equivalente a 1% do PIB (IBGE, 2019).

Esse aumento do volume de gastos das famílias com saúde tem grave impacto sobre suas condições de vida, sendo responsável, inclusive, por empurrar parte delas para abaixo da linha de pobreza. O relatório da OMS revela que do gasto total em saúde, em 2017, equivalente em termos per capita a US\$ 929,00, 27,5% saíram diretamente dos bolsos das famílias brasileiras. Já a Conta-Satélite de Saúde do IBGE mostra que naquele ano, a principal despesa das famílias brasileiras com saúde, correspondente a 66,8% do total, era com serviços de saúde privada, principalmente, com pagamentos de seguros e planos de saúde. Os gastos com medicamentos vinham em seguida, totalizando R\$ 103,5 bilhões, correspondente a 29,9% do consumo final de bens e serviços de saúde das famílias brasileiras (OMS, 2018; IBGE, 2019).

Os 3,9% do PIB brasileiro de gastos públicos (despesas de consumo das três esferas de governo brasileiro com bens e serviços de saúde), equivalente, nominalmente, a R\$ 253,7 bilhões, estão muito abaixo da média da OCDE, que é de 6,5%. Da lista da OCDE utilizada no relatório do IBGE, países com sistemas universais de saúde, como Reino Unido e Canadá, gastaram, naquele ano, o equivalente a 7,6% e 7,4%, respectivamente, de seus PIB com saúde pública e países com renda per capita aproximada à brasileira como o Chile, por exemplo, mesmo sem sistema universal, realizou maiores gastos públicos com saúde, 5,4% do PIB, que o Brasil (IBGE, 2019).

Esta exposição das composições pública e privada do gasto total em saúde permite que sejam expostos elementos da relação público-privada envolvi-

da no gasto, podendo revelar, como visto acima, o peso do setor privado no consumo de serviços de saúde, tanto pelo gasto público se realizar, em grande medida, por meio do setor privado, inclusive sob a forma de gastos tributários envolvidos em subsídios e desonerações fiscais que abordaremos adiante, quanto pelo expressivo crescimento da saúde suplementar nos últimos anos (SILVEIRA et al., 2020; ROCHA, 2020).

Outro indicador importante para avaliação do subfinanciamento e da proporção entre gastos público e privado na composição do gasto total é a despesa per capita com saúde. A despesa com consumo per capita de bens e serviços de saúde de famílias e instituições sem fins lucrativos, em 2017, alcançou R\$ 1.714,56 enquanto as despesas governamentais (públicas) foram de R\$ 1.226,76. Quando observada a despesa per capita brasileira, utilizando a paridade de poder de compra (US\$ PPP), relativamente a de outros países vemos que estas, apesar de maiores do que a de países latino-americanos, como Colômbia e México, são 2,9 vezes menores do que a despesa média observada nos países da OCDE (IBGE, 2019).

SUBFINANCIAMENTO DO SUS: ALGUMAS EVIDÊNCIAS DE SUAS DETERMINAÇÕES

Apesar dos reconhecidos e importantes avanços promovidos pelo SUS, como a ampliação significativa do acesso, o subfinanciamento crônico é apontado como um obstáculo relevante à sua implementação e efetividade.

Em razão da insuficiência de recursos para a saúde pública há grandes dificuldades de manutenção da rede de serviços, salários dos trabalhadores e ampliação da infraestrutura, sendo que a responsabilidade por tal condição é prioritariamente dos seguidos governos federais que jamais priorizaram a saúde pública durante esses anos. Exem-

plos do descompromisso destes governos com a implementação do SUS são o descumprimento da indicação constitucional para alocação de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) à saúde até 1993; a instituição, manutenção e recente elevação da Desvinculação das Receitas da União (DRU); o crescimento e a sistematização dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros de saúde; o veto governamental ao debate aberto à votação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) no 321/2013, que previa destinação ao SUS de valor correspondente a 10% da receita corrente bruta (RCB) da União; e a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95), que congela em termos reais a aplicação mínima federal de 2018-2036. Tudo isso sem falar das dificuldades relativas ao cumprimento da aplicação mínima em saúde por parte da União. (BRASIL, 2013a; VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019)

O Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), de 2013, apontava que as ameaças para a capacidade da maior parte dos países financiarem seus sistemas de saúde estavam localizadas nas mudanças no perfil demográfico (relação entre envelhecimento e diminuição das taxas de natalidade), no aumento da incidência de doenças crônicas e da expectativa de vida e na constante introdução de novas tecnologias e medicamentos e, em casos mais específicos, no custo associado à violência e morte por causas externas (BRASIL, 2013b).

Tais elementos de natureza socioeconômica, demográfica e sanitária são muito importantes na determinação do crescimento dos gastos estatais com saúde e indicam a necessidade de que se estabeleçam fontes e fluxos de financiamento permanente também crescentes.

Contudo, há elementos de natureza sócio-política que precisam ser observados na análise do problema do sub/desfinanciamento do SUS, como por

exemplo, o crescente processo de financeirização do capitalismo contemporâneo derivado da crise estrutural do capital que vem aprofundando a tendência de queda na taxa de lucro ou os impactos sociais das respostas governamentais à esta crise expressas nas medidas de austeridade fiscal e demais decisões de política econômica que fragilizam o fundo público.

Analisando a abrangência da crise econômica global de 2008, Mézáros (2011) afirma que a imensa expansão especulativa do capital financeiro é inseparável do aprofundamento da crise dos ramos produtivos da indústria, bem como, das demais consequências da “fracassada” acumulação de capital no campo produtivo da atividade econômica. Neste sentido, para o autor, a crise de 2008 continua sendo a mesma crise estrutural do capital iniciada desde fins de 1960 e início de 1970, com a diferença que, desta feita, irrompeu globalmente com grande veemência.

As variadas respostas à crise por parte dos organismos representativos do capitalismo internacional, principalmente do Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI), sob a forma de políticas de ajustes macroeconômicos, privatizações e reformas estruturais dos Estados compunham as bases da agenda hegemônica neoliberal. Tal agenda, negociada com as elites econômicas dirigentes dos diversos países, serviu de plataforma para os planos econômicos e sociais de diversos governos de diferentes matizes políticas desde os anos 1980.

O exemplo mais recente destas respostas é a proposta do Banco Mundial de reforma do SUS com base no discurso da chamada “cobertura universal de saúde”. O documento intitulado ‘Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde’ representa uma atualização do receituário deste organismo, utilizado desde a década de 1990, em que se defende, para os chamados “países em desenvolvi-

mento”, um modelo de universalidade de saúde restrita tendo por base ajustes no custo-efetividade das ações e serviços de saúde e a priorização de determinados segmentos populacionais (SOUZA, 2019).

Importante considerar, antes de seguirmos, que o Banco Mundial tem demonstrado interesse no setor de saúde brasileiro, especialmente no que se refere às responsabilidades do Estado e à gestão pública, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, como pode ser evidenciado no volume de publicações e contratos de empréstimos estabelecidos com diferentes âmbitos da administração pública que objetivam interferir na dinâmica desse setor. Rizzoto e Campos (2016) elencam três aspectos, intrinsecamente relacionados e que evidenciam tanto a dinâmica quanto a intencionalidade destas intervenções do Banco Mundial na saúde pública brasileira: a garantia do direito universal à saúde, a forma de gerir essa política pública e o potencial que esse setor apresenta para a acumulação do capital.

Em termos objetivos, os interesses destes organismos internacionais estão associados à apropriação privada dos fundos públicos. De acordo com Mendes (2014), o fundo público tem uma responsabilidade importante para a concretização das políticas sociais, especialmente com o advento do Estado de Bem-Estar Social nos países do capitalismo central, bem como com o padrão de acumulação capitalista, assumido após a Segunda Guerra Mundial e mantido até meados dos anos 1970.

No Brasil, o fundo público assumiu, no entanto, configuração limitada, tanto no padrão de financiamento do Estado em geral, quanto na contribuição para a ampliação dos gastos das políticas sociais, visto que o padrão de dominação, acumulação e distribuição capitalista brasileiro durante o século XX é completamente diferente daquele dos países capitalistas centrais, realizando-se por meio de tra-

jetória histórica de concentração de renda (MENDES, 2014).

Esta configuração limitada do fundo público brasileiro está na base do caráter estrutural do problema do subfinanciamento da saúde pública. De acordo com Marques (2017), há desde o início do SUS um processo de especialização informal das contribuições do fundo público, com uma clara destinação das contribuições sobre a folha de salários para a Previdência Social, do faturamento para a saúde e do lucro para a assistência social que, mesmo em conflito com a visão “holística” de proteção social estabelecida na Constituição Federal, acaba preponderando, de modo que, a partir de junho de 1993, cessa-se a transferência de receita de contribuição sobre a folha de salários para a área da saúde rompendo com o caráter unitário da política de seguridade social previsto na Constituição e com o orçamento da seguridade passando a ser caracterizado pela disputa de recursos entre seus ramos constituintes. Corroborando com isso, Paim (2013) afirma que em 2008, a participação da saúde na receita da Seguridade Social decresceu para 14,5%, inferior àquela verificada antes do SUS, igual a 18% no início da década de 1980 e 30% em 1988 (PAIM, 2013).

De outro modo, o caráter estrutural do subfinanciamento do SUS pode ser observado por meio dos vários constrangimentos sofridos pelo sistema ao longo da história. Podem ser destacados dentre estes: a ruptura da unidade da seguridade, a partir de 1993, em razão da reforma da previdência daquele ano; a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), em 1994, tornada Desvinculação das Receitas da União (DRU), a partir de 2000; a aprovação da CPMF, em 1997, como fonte exclusiva para a saúde; a aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC-29), em 2000, que vinculava recursos para a saúde; as investidas da equipe econômica do governo federal ao introduzir itens de despesa não considerados gastos em saúde

no orçamento do Ministério da Saúde; a demora na regulamentação da EC-29 no Congresso (entre 2003 a 2011), provocando perdas de recursos para o SUS e o enfraquecimento do consenso obtido quando de sua aprovação e a permanência da insuficiência de recursos para o financiamento do SUS na regulamentação da EC 29 (Lei Complementar nº 141/2012), em razão da manutenção do método de cálculo da participação do governo federal no financiamento com base no valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB (MENDES, 2013).

É necessário não se perder de vista que a disputa “interna” pelo fundo público citada anteriormente, apresenta-se muito mais como consequência de uma outra contenda, no caso, a disputa pela apropriação de parte da receita pública pelo capital financeiro (capital portador de juros), setor dominante do capitalismo contemporâneo, para remunerar os títulos da dívida pública, emitidos pelo governo federal e negociados no sistema financeiro.

Segundo Mendes (2014), a rigor, a forma de atuação do capital financeiro, dentre várias ações, vem destruindo orçamentos do fundo público, apropriando-se de seus recursos e provocando, em consequência, fragilidade na capacidade política dos Estados-nação, sobretudo aqueles que construíram um Estado de bem-estar social ou que introduziram algum tipo de proteção social universal, como, no caso do Brasil.

Nesta apropriação do fundo público, ou seja, do Orçamento da Seguridade Social (OSS), pelo capital financeiro e outros setores da economia, Paim (2013) identifica determinações econômicas (subfinanciamento), políticas (contrarreforma neoliberal) e ideológicas (alívio da pobreza) e afirma que entre 1990 e 2002, houve o desenvolvimento de uma contrarreforma neoliberal em que foi desmontada a política de seguridade social e executado

um ajuste macroeconômico, por meio do Plano Real e da Reforma do Estado.

Este período é caracterizado por Mendes e Marques (2009) como uma fase histórica de grandes impasses para o SUS em razão da financeirização da saúde. Entre os anos 1990 e 2000, o financiamento foi um dos temas mais debatidos e problemáticos na agenda de implementação da saúde no país. A crise do financiamento, a partir desse ambiente de dominância financeira, foi explicitada pela adoção de uma política macroeconômica restritiva, resultando em tentativas de diminuição dos gastos na saúde.

Esta ação do capital financeiro sobre os fundos públicos, por meio dos sistemas da dívida pública, avança bastante com a resposta governamental à crise de 2008 caracterizada pelo aprofundamento de políticas fiscais e econômicas de caráter neoliberal, por governos de matizes políticas diversas, com o objetivo de garantir o salvamento de bancos e outras instituições financeiras da bancarrota.

As fontes de financiamento da Seguridade Social foram capturadas pela área econômica dos diferentes governos, de acordo com Paim (2013), de modo que o suposto déficit fiscal foi utilizado como pretexto para justificar as reformas previdenciárias dos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), Lula e Dilma Rousseff.

O argumento “técnico”, tornado regra pétrea entre os economistas do poder era que os recursos da União deveriam reforçar o capitalismo, desonerando o capital, ou seja, o gasto social não deveria pressionar o orçamento fiscal. Com a crise de 2008, no entanto, há um aumento da pressão contrária, com R\$ 180 bilhões do Tesouro Nacional sendo direcionados ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para ajudar bancos e empresas a enfrentar a crise (PAIM, 2013).

Desde 2008, um conjunto de políticas de austeridade foram implantadas, principalmente, em países da Europa, envolvendo a limitação de direitos sociais e reformas no sistema de saúde. De acordo com Figueiredo et al. (2018), tais reformas no setor saúde envolviam cortes orçamentários com restrições de serviços, aumento de copagamento, transferência de custos para os usuários, diminuição de responsabilidades por parte do Estado e nas formas de privatização.

Além das políticas econômicas e fiscais, de verniz neoliberal, adotadas pelos governos, outras determinações são resgatadas pelos autores como causas prováveis do subfinanciamento do SUS. Marques (2017) aponta dentre essas causas: a simbiótica relação público-privada, os limites da defesa político-ideológica da saúde pública e a inserção dependente e periférica do Brasil na economia mundial.

Destes, cabe destacar, em razão dos limites deste texto, o intenso processo de privatização derivado da intrincada relação público-privada estabelecida no interior do SUS que, associado ao processo de subfinanciamento crônico, parece representar uma das principais ameaças ao direito à saúde no Brasil.

A peculiaridade da presença na estrutura do SUS de uma imbricação entre o estatal e o privado, deriva da própria experiência sócio-histórico brasileira de construção de um sistema nacional de saúde, em 1988, a partir de uma base profundamente privatizada. Tal base foi construída no final dos anos 1960 e reforçada a partir dos anos 1970 para garantir a oferta necessária de serviços para fazer frente à ampliação da demanda decorrente da incorporação de todos os trabalhadores formais e dos autônomos e empregadores, que previamente contribuísssem para o INPS. Não à toa, nosso sistema nacional de saúde ficou conhecido como modelo estatal-privatista, ou seja, de expansão do

privado pelas mãos do Estado. Diferentemente da experiência inglesa de criação do seu sistema público universal, no pós-Segunda Guerra Mundial, na estruturação da saúde pública no Brasil nunca se cogitou, por exemplo, a estatização dos hospitais privados e a expansão da rede pública como única alternativa para garantir a oferta dos serviços (SANTOS, 2008; MARQUES, 2017).

O processo de privatização da saúde que, como vimos, esteve presente na evolução das políticas públicas, mesmo antes do SUS, apresenta distintas configurações decorrentes dos movimentos e circuitos do capital no setor, sendo a mais atual a articulação público-privada sob a forma de financeirização da saúde vinculada à dominância financeira.

Nesta nova e complexa fase são aprofundadas a intermediação entre prestadores e consumidores, com a venda de empresas, seus ativos e carteiras de clientes, assim como, novas relações entre aparelhos do Estado e o capital financeiro nacional e internacional, sendo esta determinação econômica, a maior ameaça à consolidação do SUS. A articulação público-privada no âmbito da saúde construída no Brasil foi fundamental para o fortalecimento econômico e político das empresas privadas em detrimento do interesse público e independente da Constituição e das leis (PAIM, 2018).

Um dos espaços abertos para o fortalecimento econômico e político de empresas privadas na saúde deu-se ainda nas discussões sobre a forma de participação do setor privado no SUS. De acordo com Santos, Ugá e Porto (2008), a definição de saúde suplementar, conforme tipologia da OCDE, confirmou o caráter incremental do seguro privado de saúde brasileiro, ou seja, de oferta duplicada de serviços, paralela em relação ao acesso universal e integral oferecido pelo SUS.

Além da duplicação da oferta de serviços, com poucas diferenciações em relação ao SUS, nosso segmento de seguros privados também é duplicado quanto à cobertura de serviços de saúde gerando com isso problemas importantes como desigualdades no acesso a serviços de saúde e aumento dos gastos, como mostram dados da OCDE. Em termos concretos, os detentores de esquemas privados de asseguramento continuam utilizando serviços públicos e o seguro privado tem frequentemente adicionado gasto à despesa total em saúde, e não substituído o financiamento público, como afirmam seus defensores (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008)

Além disso, o segmento de seguros e planos privados de saúde vem recebendo no Brasil, assim como em grande parte dos países, diversos subsídios estatais referentes à dedução dos gastos no imposto de renda devido. Dentre os principais, está o “gasto tributário”, isto é os recursos tributários que o Estado deixa de arrecadar, mediante desonerações fiscais.

Eles atuam como incentivo fiscal aos prestadores e operadoras de planos de saúde filantrópicos e, também, como indutores à compra de serviços e de planos privados, uma vez que o gasto deles proveniente é deduzido da base sobre a qual é calculado o imposto de renda devido por pessoas físicas e jurídicas. Tais desonerações são as responsáveis pela consolidação do avanço do investimento privado no campo da saúde no Brasil. Essa desoneração compreende a dedução dos impostos para gastos privados com saúde de pessoa física, jurídica e hospitais de filantropia e medicamentos e produtos químicos que somados chegaram a 32,21 bilhões de reais, somente em 2015. (SANTOS, 2018; ROCHA, 2020)

Um dos principais efeitos desta política estatal de financiamento privado é apontado por Noronha (2018) ao afirmar que a associação entre o sub-

financiamento do SUS e incentivos diretos e indiretos a planos e seguros de saúde foi constituindo ‘castas’ de usuários com coberturas diferenciadas, de modo que já há uma longa distância entre oferta, qualidade, acesso e uso de serviços entre o quarto da população coberta pelos planos e seguros e o restante da população.

Esta renúncia de arrecadação fiscal foi equivalente à aproximadamente 1/3 de todas as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) do Ministério da Saúde (MS), entre 2003 e 2015. Tendo em vista as necessidades de financiamento do SUS, esse fato merece ser destacado, uma vez que o montante da renúncia entre 2003 e 2015, não foi nada desprezível: em treze anos, a preços médios de 2015, o governo deixou de arrecadar R\$ 331,5 bilhões (IPEA, 2018).

Boa parte destes recursos acabam beneficiando os estratos sociais de melhor renda. Levantamento feito pelo Estadão a partir de dados da Receita Federal mostrou que os 19,7% mais ricos entre os declarantes, no caso, contribuintes que ganham acima de 10 salários-mínimos, abateram R\$ 44,4 bilhões em despesas com saúde na declaração de 2018, que considera os rendimentos obtidos no ano anterior. O valor é 56% do total da isenção daquele ano. A dimensão da injustiça tributária fica ainda mais patente quando se observa que, de acordo com os dados do IRPF 2018, o 1,1% mais rico entre os declarantes recebeu R\$ 414,7 bilhões isentos de qualquer tributação - quase metade da renda livre deste setor da sociedade, que somou R\$ 908,1 bilhões, sendo boa parte do recebimento de lucros e dividendos (UOL, 2021).

DO SUBFINANCIAMENTO CRÔNICO À CRÔNICA DO DESFINANCIAMENTO

O histórico de falta de prioridade ao SUS e os ataques visando ao seu desmonte foram reforçados pela crise econômica, pelas políticas de austeridade fiscal e, especialmente, pela Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016) que congela o orçamento público durante vinte anos (PAIM, 2018).

A aprovação da EC 95 em 2016 representou, por seus impactos sobre os serviços públicos e especialmente sobre as políticas sociais, um dos pontos culminantes da situação política reacionária aberta naquele ano. Com os efeitos da crise de 2008 chegando ao Brasil através de uma estagnação econômica que se inicia em 2014 e o consequente aumento do desemprego e da miséria, amplos setores do capital viram abertas as condições políticas ideais de exigência de aprofundamento, pelo Estado, do programa neoliberal por meio do avanço de contrarreformas estruturais, em especial, no campo previdenciário e trabalhista, privatizações de estatais e do estabelecimento de um novo, e ainda mais austero, ajuste fiscal. Para isso foi definido um teto para as despesas primárias da União com o congelamento de gastos que deverá perdurar por 20 anos.

De acordo com o IPEA (2021), estudos alertaram sobre os problemas decorrentes do prolongado congelamento dos gastos públicos para o funcionamento da máquina estatal, para os programas sociais e para os investimentos públicos de uma forma geral. Uma consequência mais imediata percebida foi o aumento da competição por recursos entre as diferentes áreas governamentais que se tornarão cada vez mais escassos, diante do aumento das necessidades crescentes em áreas, como saúde, educação, previdência e assistência social, ciência e tecnologia, e da pressão daquelas onde o peso político das corporações intervém de

forma mais pronunciada, como as áreas vinculadas à segurança pública e à defesa nacional.

Por determinação da EC 95/2016, a partir de 2017, a despesa primária (despesa não financeira, correspondente ao conjunto de gastos responsável pela oferta de serviços públicos) não poderá aumentar mais do que a inflação, até 2036. O congelamento das despesas primárias (pagas e dos restos a pagar pagos) foi denominado de Novo Regime Fiscal (NRF) ou, simplesmente, teto de gastos. Como efeitos principais da norma aprovada há uma ancoragem da despesa fiscal com liberdade para o crescimento do gasto tributário e do pagamento de despesas financeiras e proibição da utilização da receita adicional ao teto para financiamento de políticas públicas. Com isso, o piso da saúde é desvinculado da Receita Corrente Líquida (RCL), conforme estava estabelecido na EC 86/2015, assim como o piso da educação que também é desvinculado de sua base, ficando ambos congelados (IPEA, 2021).

Tal congelamento de gastos sociais visa a geração de superávit primário para o financiamento das despesas financeiras, especialmente juros e amortização da dívida pública. Para isto seria necessário buscar reduzir o déficit primário, ou seja, a diferença entre receitas e despesas primárias, através de um ajuste fiscal concentrado na redução destas despesas (FUNCIA, 2019).

Em termos estritos, tanto a EC 95, quanto a EC 86/2015 que estabelece a execução obrigatória de emendas parlamentares individuais como parte do piso federal da saúde, promoveram efeitos negativos sobre o processo de planejamento e execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, agravando o processo de subfinanciamento do SUS. De acordo com Funcia (2019), com a EC 95, serão retirados do SUS recursos orçamentários, a partir de 2018, e financeiros, a partir de 2017, ambos atualizados pela variação anual do IPCA/IBGE

até 2036, mesmo que se tenha aumento das receitas no período. O resultado será, segundo o autor, redução dessas despesas em termos per capita como resultado do crescimento populacional no mesmo período. (BRASIL, 2015)

A previsão de tais perdas de recursos confirma-se de modo que entre 2018 e 2020, cerca de R\$ 22,5 bilhões de reais são retirados do orçamento do SUS. Utilizando como base a Receita Corrente Líquida, houve tanto redução do piso federal do SUS (de 15% em 2016 e 2017 para 13,95% em 2018 e 12,95% em 2019), como também queda do valor empenhado (de 15,77% em 2017 para 14,51% em 2018 e 13,54% em 2019) (FUNCIA, 2020; IPEA, 2021).

O ajuste fiscal implementado no Brasil, tendo a EC 95 como principal medida, pode gerar segundo Figueiredo et al, 2018, a redução da participação do Estado na oferta de bens e serviços à população, com a redução dos gastos públicos, podendo conduzir a um cenário de redução na participação das despesas primárias no PIB de cerca de 20%, em 2016, para 16% a 12% do PIB, até 2026, com efeitos óbvios sobre as políticas sociais em geral e na saúde, em específico.

Um outro aspecto muito importante observado por Funcia (2019) é o fato de que há uma inviabilização do processo de retomada do crescimento econômico como principal efeito do ajuste fiscal recessivo adotado com a EC 95 com consequentes prejuízos para as condições de vida e saúde da maioria da população, em razão do desemprego crescente e da queda dos níveis de renda.

Do ponto de vista da gestão tripartite do SUS, a redução dos gastos federais com saúde gerará um aumento da pressão pela alocação adicional de recursos de estados e municípios para o financiamento do SUS. Tal quadro de redução da participação da União no financiamento tripartite

do SUS já existia antes da EC 95, dado que entre 1991 e 2017, a participação da União no processo de financiamento do SUS reduziu-se de 73% para 43%, sendo compensada pelo aumento da alocação de recursos das esferas estadual, que passou de 15% para 26% e, principalmente, municipal, que cresceu 2,5 vezes nesse período, de 12% para 31%. A observação deste quadro a partir dos parâmetros definidos pela EC 29 e LC 141, mostra que os Estados têm aplicado percentuais próximos ao parâmetro mínimo de 12% da receita estadual, enquanto os Municípios têm aplicado de forma crescente muito acima do parâmetro mínimo de 15% da receita municipal base de cálculo (FUNCIA, 2019).

A questão é que há completa restrição da capacidade de ampliação dos percentuais de aplicação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) com recursos próprios por estados e municípios em razão dos limites entre as competências constitucionais de tributar e a receita disponível de cada ente, União (69% e 57%); estados (25% e 25%); e municípios (6% e 18%), respectivamente. Em síntese, de acordo com Funcia (2019), mesmo após as transferências intergovernamentais, a União ainda detém a maior parte dos recursos, de modo que o processo de descentralização das políticas do SUS continua excessivamente dependente das transferências federais.

O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE LUTA SOCIAL PELO FINANCIAMENTO DO SUS E SUAS PERSPECTIVAS

A luta pelo financiamento do SUS, como parte do processo histórico de luta pelo direito universal à saúde, foi assumida como tarefa política por um conjunto amplo de organizações e movimentos sociais ainda no final dos anos 1970 e início dos anos 1980 quando, em meio à crise econômica daquele período, começava a abrir-se uma nova situação política no país derivada da mudança na relação

social de forças a partir da impulsão nas lutas promovida pelas mobilizações operárias do ABC paulista por aumentos salariais e contra a carestia e pelas reivindicações de setores médios da classe trabalhadora pela redemocratização do país.

A importância desse período histórico de mudanças políticas para a constituição do SUS pode ser evidenciada por Santos (2013) quando afirma que o processo histórico do SUS começou na prática nos anos 70, com movimentos sociais e políticos contra a ditadura, pelas liberdades democráticas e pela democratização do Estado, que se ampliava e fortalecia por uma sociedade justa e solidária e um novo Estado com políticas públicas para os direitos humanos básicos, com qualidade e universais.

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) é, de acordo com Paim (2018), uma das expressões desse tempo histórico sendo responsável, até hoje, pela sustentação de um SUS que tem por inspiração valores como igualdade, democracia e emancipação. Segundo o autor, o MRSB é composto por entidades com mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), além de contar com o apoio de outras organizações como a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), a Rede Unida, os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o movimento popular de saúde, entre outras.

Além destas organizações e movimentos, o MRSB encontra na rede de instituições de ensino e pesquisa como universidades, institutos e escolas de

saúde pública, componentes da base institucional do SUS, um campo potencial de intervenção e mobilização política. Tais espaços além de contribuir para a sustentabilidade institucional do SUS ao possibilitar que um conjunto de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS, apresentam-se como campo de ampliação de uma militância considerável em sua defesa (PAIM, 2018).

Na realidade, o espaço da academia possui ligação histórica com o MRSB visto seu importante papel, nos anos 1970-80, particularmente a partir de formulações teórico-metodológicas desenvolvidas pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPS) que funcionaram como polos irradiadores de propostas sobre a reforma do sistema nacional de saúde e pela criação do CEBES e fundação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979. (LACAZ et al., 2019)

Com o avanço do processo de privatização do SUS consequente ao avanço de financeirização da saúde iniciado ainda nos anos 1990 e como resultado da articulação dos fóruns de saúde de alguns estados, surge, em 2010, a Frente Nacional contra a Privatização do SUS (FNCPS), composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários que assumem como caminho estratégico a condução de uma ruptura com as bases privadas do setor saúde e um posicionamento político na mesma trilha do programa do MRSB dos anos 1980 e, neste sentido, em oposição à regulação da saúde pelo mercado e em defesa da saúde pública e estatal (BRAVO; CORREIA, 2012).

Sob o pressuposto de que há uma potencialidade existente nas lutas da saúde em articular a “pequena política” à “grande política” em razão das determinações sociais, políticas e econômicas do

processo saúde-doença em uma sociedade de classes, a FNCPS e os fóruns de saúde, de acordo com Bravo e Correia (2012) têm se constituído em espaços de “controle democrático”, na perspectiva das classes subalternas, compreendendo que as lutas na saúde passam a remeter às lutas “por um novo projeto societário, por uma nova hegemonia”.

Neste sentido, este coletivo de organizações e movimentos que congrega setores da esquerda para fortalecer estratégias anticapitalistas no enfrentamento à privatização da saúde pública tem apontado como desafio estratégico resistir aos interesses do capital dentro do SUS, ou seja, a saúde como fonte de lucro e, ao mesmo tempo, denunciar os interesses do capital que sabotam o SUS, em nome da defesa do SUS. (BRAVO; CORREIA, 2012)

Em tom crítico, Paim (2018, p. 1724) afirma que os dois grandes projetos políticos formulados na transição democrática, ou seja, saídos da mesma conjuntura em que teve início o movimento sanitário defendendo a democratização da saúde e em que foi formulada a proposta do SUS, denominados “esperança e mudança” e “democrático-popular”, “não foram, privilegiados pelas forças políticas que tiveram a oportunidade histórica de ocupar o governo federal após a promulgação da Constituição Cidadã”.

O primeiro, formulado por forças políticas de oposição ao regime militar abrigadas na legenda do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), defendia um projeto de reforma de cunho nacional, democrático, desenvolvimentista e redistributivo, voltado para o estabelecimento de um Estado Social, universal e equânime com base em uma agenda estruturada em eixos de redistribuição de renda, políticas sociais básicas, de reordenamento do espaço e do meio ambiente e de emprego, construída sob a liderança de forças socialistas e democráticas, possibilitando que as diretrizes políticas, econômicas e sociais fundamentassem os segmentos pro-

gressistas nas lutas pela redemocratização até a constituinte. (PAIM, 2013)

O segundo, saído da articulação de movimentos sociais, sindicatos e comunidades eclesiais de base no processo de construção do Partido dos Trabalhadores (PT), de acordo com Paim (2013) indicava transformações sociais com vistas ao socialismo, mesmo sem tal expressão estar presente nos documentos do partido. De qualquer modo, tal expressão aparece no discurso de dirigentes e militantes durante a 1ª Conferência do PT, e serve de base para o projeto Democrático Popular divulgado nas eleições presidenciais de 1989, por meio do grupo de partidos que compunham a Frente Brasil Popular. Construído a partir de debates envolvendo militantes e intelectuais, os documentos do projeto enfatizavam a retomada do crescimento econômico, a distribuição de renda e a redução das desigualdades por meio da defesa de uma política de rendas diretas (salariais) e indiretas (políticas sociais de educação, saúde, transporte, saneamento, habitação, entre outras).

A “falta de privilégio dos governos pós-constituinte” com o Projeto Democrático Popular é apontada por Paim (2013, p.1930) através do processo de redefinição do projeto original a partir do momento em que propostas como a “constituição de um mercado de consumo de massa, crescimento econômico com estabilidade, reforma do Estado, reformas previdenciária e tributária e políticas sociais compensatórias passam a integrar o discurso do PT”, de modo que a crítica ao capitalismo é substituída por “um projeto político que se compromete em administrar o capitalismo melhor que os capitalistas”.

Tal avaliação político-programática remete-nos à necessidade de um debate de fundo sobre as decisões estratégicas adotadas pelo MRSB ao longo do tempo, em especial, da decisão de hierarquização das lutas sociais pela intervenção prioritária nos espaços institucionais, ou seja, por dentro do

Estado, mesmo sob risco da perda da necessária independência política.

Se este já era um debate fundamental ao longo da luta em defesa do SUS em razão das ameaças e obstáculos representadas pelas desigualdades sociais e de saúde, pela situação de país capitalista periférico, pela crise econômica e política, pelas fragilidades institucionais, pelo crescimento de ideologias conservadoras e neoliberais e pelas ameaças à democracia, com o aprofundamento destas ameaças a partir do golpe de 2016 e das eleições presidenciais de 2018, tornou-se urgente e necessário (PAIM, 2019).

Dito de outra forma, não dá para avaliar perspectivas futuras do movimento sem o debate das decisões estratégicas ainda mais se levarmos em consideração que estamos em meio a uma situação política reacionária que, por si, coloca como prioritária a tarefa de análise e compreensão das razões da derrota conjuntural da classe trabalhadora e suas organizações.

Desde a 8ª Conferência de Saúde, diversas entidades da saúde, organizadas na sociedade civil, passaram a compor o MRSB, inclusive o Movimento Popular de Saúde (MOPS). De acordo com Bravo e Correia (2012), tal composição reacendeu no interior do MOPS uma polêmica quanto à qual deveria ser a posição do movimento social na relação com o Estado, com divisão entre os que defendiam uma política de atuação de caráter institucional, ou seja, uma relação direta com o Estado e os que defendiam uma política de atuação independente das políticas governamentais. Havia posições divergentes inclusive quanto à participação do movimento nos conselhos de saúde.

Tal polêmica interna acabou tornando-se uma divergência política entre o MOPS e o MRSB em relação à estratégia de luta dos movimentos, com o primeiro defendendo a linha política da autonomia

e independência perante o Estado e o segundo a ocupação de espaços de poder por dentro do Estado para realizar as mudanças consideradas necessárias na política de saúde. (BRAVO; CORREIA, 2012)

Um conjunto de avanços muito importantes nas políticas de saúde foram garantidos com as intervenções das organizações e movimentos componentes do MRSB por dentro de espaços de poder estatal, como as Conferências e Conselhos de saúde, por exemplo.

Tal condição por si só não deixa dúvidas sobre a importância da ocupação e do tensionamento destes espaços pelos movimentos sociais mas, como afirmam Bravo e Correia (2012), as Conferências e Conselhos de saúde não são mecanismos acima da sociedade, nem instâncias isoladas imunes aos conflitos de interesses, à cooptação e disputas da direção da política social articuladas a projetos societários.

Neste sentido, não se pode criar impedimentos para a análise crítica dos limites programáticos e estratégicos destes espaços, que podem ser observados através de fenômenos como, por exemplo, o intenso processo de burocratização e de cooptação política observado em espaços de controle social, principalmente, de alguns municípios. (NASCIMENTO, 2020)

Com a institucionalização dos mecanismos de controle social sobre as políticas públicas e sobre os recursos a elas destinados, um dos desafios postos ao MRSB é que esses espaços não se tornem mecanismos de formação de “consentimento ativo” das classes subalternas em torno da conservação das relações de dominação vigentes. Como afirmam Bravo e Correia (2012), o controle social das classes subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos torna-se importante na realidade brasileira para que se

criem resistências à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização.

A decisão estratégica pela hierarquização da intervenção dos movimentos sociais por dentro do aparelho de Estado foi responsável pela fragilização do MRSB em razão do estreitamento de sua base social de modo que alguns autores caracterizam a experiência brasileira como uma Reforma Sanitária “pelo alto”. Além disso, pesa sobre tal fragilização, o afastamento do MRSB da perspectiva emancipatória de caráter socialista e a inexpressiva discussão, dentro do MRSB, sobre o processo de acumulação de forças e de formulação teórico-prática do Movimento Sindical Brasileiro (MSB). (LACAZ et al., 2019)

Uma das expressões da Reforma Sanitária “pelo alto”, segundo Lacaz (et al, 2019) foi o divórcio do MRSB do movimento sanitário de saúde do trabalhador (MSST), no momento que este desconsiderou, por exemplo, a relevância política da atuação sindical pela saúde no trabalho. Mas o autor também resgata estudos que apontam um esgotamento político do MRSB expresso no silêncio diante de temas fundamentais para o SUS como o modelo médico assistencial hegemônico.

De acordo com Fleury (1992, apud LACAZ 2019, p. 125) o não questionamento do modelo médico de atenção à saúde, faz com que o projeto reformador perca seu conteúdo de radicalidade democrática, de desalienação, “para enquadrar-se como razão administrativa que, destematizando a potencialidade política e conflitiva deste processo, acaba por acarretar a passividade consumista dos ‘cidadãos’”. Para a autora (p. 126), ao remeter a questão do poder ao nível do Estado, da sua institucionalidade legal e burocrática, o MRSB “acabou-se esquecendo que sua origem está na sociedade, na correlação de forças que fundamenta e reproduz o pacto de dominação”.

Mesmo com esses imensos limites, foram construídas importantes lutas contra o subfinanciamento do SUS por parte do conjunto das organizações e movimentos que compõem o MRSB como, por exemplo, o Projeto de Iniciativa Popular, conhecido como Movimento Saúde+10, que tramitou no Congresso Nacional, tendo sido assinado por mais de 2 milhões de brasileiros e que contempla a defesa na área da saúde da ampliação dos recursos públicos, especialmente por parte da União, indicando que esse nível de governo aplique 10%, no mínimo, da sua Receita Corrente Bruta (RCB). (MARQUES, 2013)

Além disso, a luta em defesa do SUS desenvolvida pelas organizações e movimentos nos ambientes institucionais dos Conselhos e Conferências de Saúde, permite que o programa e o projeto político de sistema universal defendido pelo MRSB seja regularmente exposto à dinâmica do debate e da construção das políticas de saúde derivadas dos avanços e recuos da situação política brasileira.

Tal ambiente institucional é produto das competências e responsabilidades destes espaços pela avaliação da situação de saúde e construção de políticas com vistas à gestão compartilhada do sistema e de controle social das políticas e ações de saúde que têm por base o princípio da participação social presente nas determinações da Constituição Federal e das Leis Orgânicas do SUS (Lei Federal 8080/90 e 8142/90) e Lei Complementar 141/12.

Importante considerar que antes dessa “normatização institucional” das possibilidades de intervenção da sociedade na construção de políticas sociais, por meio dos Conselhos e Conferências, a demanda por participação social já havia sido apresentada pelo MRSB, no conjunto das lutas contra a privatização da medicina previdenciária e regulação da saúde pelo mercado, pondo em discussão a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro. De acordo

com Bravo e Correia (2012) as lutas da saúde articuladas à redemocratização foram o tema central da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve como marca a consigna “Democracia é Saúde”, sendo ainda a primeira das conferências de saúde na história aberta à participação de trabalhadores e da população.

Não se pode esquecer também que em praticamente todos os grandes embates políticos relativos ao financiamento da saúde pública, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi transformado em arena de atuação do conjunto dos movimentos sociais, seja na construção de alternativas políticas pela via institucional, seja nas campanhas de mobilização social.

Como exemplo do primeiro caso, de acordo com Mendes e Marques (2009), ainda em 1994, buscando encontrar fontes de financiamento do SUS, em razão da redução da proporção de recursos da saúde dentro do orçamento da seguridade, o CNS e a Comissão de Seguridade Social da Câmara de Deputados lançaram a proposta de criação de um Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF) para financiar a saúde, que viria a vigorar a partir de 1997, sob a denominação de CPMF.

Os recursos da CPMF foram importantes apesar de não oferecerem a melhoria esperada ao SUS visto que as duas principais fontes de financiamento do sistema, COFINS e CSLL, tiveram redução logo no início passando a ser transferidas crescentemente para a área previdenciária. Além disso, parte dos recursos da CPMF acabou tendo destinações alheias à saúde, em razão da desvinculação promovida pelo Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) em 1998, depois transformada em DRU, que persiste até hoje. (MENDES; MARQUES, 2009)

Um exemplo das várias campanhas de mobilização social, esse mais recente, foi a intensa campa-

nha promovida pelo CNS, desde 2017, envolvendo a coleta de assinaturas para um abaixo-assinado e a solicitação para participação como *amicus curiae*, juntamente com a Frente Nacional em Defesa do SUS, na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5.658 que está tramitando no Supremo Tribunal Federal (STF) e visa vetar a EC 95.

Em consonância com Paim (2018), ao afirmar que o CNS tem demonstrado um ativismo significativo, mobilizando grupos sociais e confrontando certas iniciativas do governo, destacamos o papel político desempenhado por este espaço na atual conjuntura na denúncia da perda de recursos do SUS derivada da EC 95 equivalente a R\$ 22,5 bilhões entre 2018 e 2020 e, principalmente, das ações e omissões do governo Bolsonaro na condução das políticas de enfrentamento à crise sanitária derivada da pandemia de COVID-19 a partir de 2020.

Várias das omissões e dos graves erros de gestão da crise pelo governo foram denunciados pelo CNS, da falta de coordenação federativa das ações pelo Ministério da Saúde ao negacionismo em relação à doença e seus riscos, do descaso em relação aos cuidados básicos de proteção contra a contaminação à falta de EPI, insumos e medicamentos para intubação e oxigênio, da demora na aquisição de vacinas ao gasto com medicamentos sem eficácia associados a um falso tratamento precoce. Diversas foram as iniciativas do governo Bolsonaro no sentido de facilitar a contaminação da população com base em uma suposta “teoria” da imunidade coletiva de modo que, neste momento, chegamos à trágica soma de quase 600 mil mortes no país.

Parte fundamental deste papel destacado do CNS deveu-se ao trabalho realizado pela Comissão de Orçamento e Finanças (COFIN) no acompanhamento da execução orçamentária e financeira dos recursos para o enfrentamento da pandemia. Por meio de boletins semanais de acompanhamento da execução da ação construídos pela comissão

evidenciou-se a lentidão nos repasses financeiros dos recursos para estados e municípios e a demora na execução dos recursos de aplicação direta da união associadas à falta de testes para COVID-19 e de EPI para os trabalhadores de saúde, seguida da falta de oxigênio e medicamentos para intubação de pacientes, dentre outras que culminaram na não execução em 2020 dos recursos para compra de vacinas.

A produção política derivada destes espaços reforçou a luta do conjunto das organizações e movimentos que viram a necessidade de resistir e acumular forças diante de uma situação política extremamente desfavorável, fortalecendo o debate e a mobilização social em defesa do SUS e dos demais direitos das maiorias sociais.

Entendemos contudo que para além da força efetiva e potencial dos espaços dos Conselhos e Conferências de saúde, dos movimentos sociais progressistas e das entidades do MRSB (CEBES, ABRASCO, Rede Unida, Abres, etc.), a mudança da atual situação política exigirá, como afirma Paim (2018) que se fortaleça a construção de “Frentes Únicas” classistas como as Frente Povo sem Medo e Frente Brasil Popular saídas da conjuntura pós-golpe de 2016 e que tem possibilitado mobilizações e articulação política contra o retrocesso e os ataques à democracia, em torno da bandeira “Nenhum Direito a Menos”.

ALGUMAS SÍNTESES POSSÍVEIS À GUIA DE CONCLUSÃO

O conjunto das questões levantadas neste pequeno texto evidencia o caráter político do processo de sub/desfinanciamento estrutural do SUS. Diante das necessidades crescentes de financiamento derivadas das mudanças nas condições de vida e saúde da população, as respostas dos diferentes governos têm sido no sentido de reduzir os gastos públicos para atender os interesses dos grandes

capitalistas, especialmente, de suas frações ligadas ao mercado financeiro. Com o advento da crise estrutural do capital a partir dos anos 1970 e a resposta dos governos exigida pelas classes dominantes de avanço do neoliberalismo sob a forma de retirada de direitos, ajustes macroeconômicos e contrarreformas estruturais dos Estados, uma época histórica de imensos retrocessos e de ameaças concretas às condições de vida das populações foi aberta.

O processo histórico de luta pelo financiamento do SUS é indissociável dos processos de luta pela construção de um sistema nacional de saúde que ofereça, de forma universal, acesso, individual e coletivo, às condições de efetivação plena do direito à saúde. Neste sentido, é indissociável das lutas que garantiram o nascimento do próprio SUS e que, ainda hoje, mobilizam-se em defesa de suas conquistas e seus avanços concretos e potenciais. É indissociável também das lutas mais gerais das maiorias sociais por direitos sociais e contra a exploração e a opressão.

Como vimos, o exame das informações colhidas das análises de organismos nacionais e internacionais não deixa dúvidas sobre a natureza e a dimensão do subfinanciamento da saúde pública brasileira. O Estado brasileiro gasta pouco com saúde quando se observa a distribuição per capita dos recursos públicos com a disponibilização de R\$ 3,83 por dia para garantir atendimento universal das necessidades de saúde da população.

Gasta pouco quando comparado a diversos outros estados-nação, inclusive aqueles que não possuem sistemas universais de saúde, ocupando a vexatória 82ª posição no ranking de 193 nações vinculadas à OMS. Gasta pouco quando se compara com os gastos privados (das famílias) com saúde, visto que, além de financiar os gastos estatais por meio dos impostos, as famílias, especialmente aquelas com menores renda, veem rebaixados seus níveis

de vida ao terem que assumir o desembolso de 27,5% dos gastos totais com saúde no Brasil.

As várias determinações do subfinanciamento estrutural do SUS estão associadas ao processo de financeirização da saúde derivado da ação do capital financeiro, fração dominante do capital, no sentido da apropriação privada do fundo público por meio do sistema da dívida pública e ao conjunto das ações governamentais em auxílio às várias frações do capital por meio de políticas econômicas e fiscais de cunho neoliberal, aí incluídas as contrarreformas do aparelho estatal e da legislação trabalhista e previdenciária, os austeros ajustes fiscais e as privatizações do patrimônio e da gestão dos serviços públicos.

Destaque-se neste processo o papel dos organismos de representação mundial do grande capital, Banco Mundial e FMI, com seus receituários de políticas sociais, como no caso da discussão sobre Cobertura Universal de Saúde. O conjunto destas ações do capital e dos governos fortalece a articulação de interesses público-privados no interior do SUS conformando a maior ameaça à consolidação do sistema. Com o financiamento público do setor privado da saúde, por meio do chamado gasto tributário, mais recursos são extraídos do fundo público como demonstram os R\$ 331,5 bilhões acumulados em 13 anos (2003-2015) de desonerações fiscais.

Pelas amplas e profundas implicações não apenas sobre o financiamento e execução mas no sentido de um desmonte das políticas sociais, a aprovação da EC 95/2016 representou um dos pontos culminantes da situação política reacionária aberta naquele ano. Além do estabelecimento de um teto para as despesas primárias (não financeiras) com congelamento de gastos por 20 anos, a EC 95 ofereceu uma base para o livre crescimento do gasto tributário e para o pagamento das despesas financeiras ao mesmo tempo em que bloqueou a incor-

poração de qualquer receita adicional ao teto para o financiamento de políticas públicas, expresso na saúde por meio da desvinculação do piso federal à Receita Corrente Líquida (RCL).

O forte ajuste fiscal promovido pela EC 95 ampliou a competição por recursos públicos em um momento de aumento das demandas sociais em razão da crise econômica e o longo congelamento deverá ter efeitos graves sobre o funcionamento da máquina estatal, os programas sociais e os investimentos públicos inviabilizando as possibilidades de retomada do crescimento econômico. Por fim, a EC 95 deverá incidir na estrutura de financiamento tripartite do SUS ampliando a necessidade de alocação de mais recursos de estados e municípios que, como vimos, encontram-se próximos do limite de suas capacidades de receita.

Não nos resta dúvida que assim como a luta pelo financiamento do SUS tem suas origens associadas ao impulso promovido pelas mudanças na relação de forças e na situação política da classe trabalhadora do final dos anos 1970 e 1980 que ensejaram as lutas por direitos trabalhistas e pela redemocratização e garantiram a construção do MRSB e o nascimento do SUS, hoje, suas perspectivas futuras dependerão sobremaneira da ascensão de uma nova dinâmica transformadora que exigirá como primeiro passo a análise crítica dos erros e acertos do passado.

A força emancipatória do programa de reforma sanitária dos anos 1980 permitiu o acúmulo de importantes forças políticas na conformação do MRSB naquele período e posteriormente com a adesão de organizações como os fóruns de saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização do SUS (FNCPS).

Há, contudo, a necessidade de se avaliar as razões da fragilização atual do MRSB derivadas do estreitamento de sua base social. Uma das críticas

fundamentais associa esta fragilização ao erro estratégico do MRSB de hierarquizar as lutas pela intervenção “por dentro do Estado” que, dentre outros desvios, teria sido responsável por termos realizado um tipo de “reforma sanitária pelo alto”.

Tal erro estratégico teria promovido ainda o afastamento do MRSB das lutas desenvolvidas pelo movimento sindical com implicações óbvias sobre o estreitamento da base social anteriormente mencionado. Mesmo com estas fragilidades, importantes lutas foram construídas por meio da intervenção do movimento social nos espaços institucionais de que são exemplos as Conferências e Conselhos de saúde.

Destacamos especialmente o papel fundamental do CNS e da COFIN na mobilização e denúncia da perda de recursos do SUS causada pela EC 95 e que ensejou a campanha pela revogação da emenda e, principalmente, das ações e omissões do governo Bolsonaro diante da crise sanitária de COVID-19. O conjunto de debates e documentos produzidos pela COFIN e as denúncias publicizadas pelo CNS fortaleceram a mobilização de vários setores do movimento sanitário. Resta claro, no entanto, que a necessária mudança na situação política extremamente desfavorável em que nos encontramos dependerá da mais ampla unidade política das organizações e movimentos classistas e de luta contra as opressões que têm nas “Frentes Únicas”, estabelecidas no último período, importante polo de atração e mobilização.

A conjuntura atual mostrou, por fim, que o SUS, mesmo imerso em enormes fragilidades, a maioria delas derivadas do processo de subfinanciamento estrutural, teve um papel fundamental no enfrentamento da tragédia social e sanitária da COVID-19. Sem um sistema público de saúde grande parte da população não teria condições de acesso aos cuidados clínicos e preventivos, ambulatoriais e hospitalares, necessários para resistir aos efeitos da

disseminação da doença. Como se não bastassem os problemas estruturais relacionados à precarização das condições e relações de trabalho sob a forma de falta de insumos e equipamentos básicos de proteção de trabalhadores e usuários, testes diagnósticos e de incentivo econômico e apoio técnico e de gestão, os trabalhadores do SUS tiveram que enfrentar-se com o negacionismo da política governamental, de estímulo à contaminação pela COVID-19 com vistas à obtenção de uma suposta “imunidade de rebanho” e que está na base da maior tragédia sanitária enfrentada na história brasileira. Neste sentido, podemos afirmar que o SUS mesmo contra todas as probabilidades passou no teste da história e revelou sua importância para a vida e a saúde do conjunto da sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Câmara dos Deputados. **PLP 321/2013**. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2013a. Disponível em: Portal da Câmara dos Deputados (camara.leg.br). Acesso em: 10 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. [Constituição (1988)]. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Brasília, DF: Presidência da República, [2015]. Disponível em: Emenda Constitucional nº 86 (planalto.gov.br). Acesso em 9 set. 2021.

_____. [Constituição (1988)]. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: Emenda Constitucional nº 95 (planalto.gov.br). Acesso em: 08 set. 2021.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: Constituição (planalto.gov.br). Acesso em: 08 set. 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Portal CFM/notícias. **Brasil gasta R\$ 3,83 ao dia com a saúde de cada habitante**. Nov. 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-gasta-r-383-ao-dia-com-a-saude-de-cada-habitante-2/#:~:text=R%24%203%2C83%20ao%20dia%3A%20>

esse%20%C3%A9%20valor%20per,de%20210%20milh%C3%B5es%20de%20brasileiros. Acesso em: 10 set. 2021.

FIGUEIREDO, J. O. et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 37-47, out. 2018.

FLEURY, S. **Democracia e saúde**: algumas considerações políticas. In: Fleury S, organizadora. *Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 9-11.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405-4414, 2019.

_____. Coronavírus e o Desfinanciamento do SUS: revogar EC 95/2016 já!. **Revista Eletrônica Domingueira da Saúde** Gilson Carvalho. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-12-marco-2020?lang=pt>. Acesso em: 09 set.2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Contas Nacionais. **Conta-satélite de saúde**: Brasil: 2010-2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. DISOC - Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. **Nota Técnica nº 48**: Descrição do Gasto Tributário em Saúde - 2003 a 2015. Carlos Octávio Ocké-Reis (Ipea) Artur Monteiro Prado Fernandes (RFB). 2018.

_____. Políticas Sociais: Acompanhamento e análise – Saúde. **BPS nº 28**. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bps28/saude>.

LACAZ, F. A. C.; REIS, A. A. C.; LOURENÇO, E. Â. S.; GOULART, P. M.; TRAPÉ, C. A. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 8, p. 120-132, dez. 2019.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 49, p. 35-53, 2017.

MENDES, Á. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.4, p.1183-1197, 2014.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. 2. Ed. Rev. e

ampliada. – São Paulo: Boitempo, 2011.

NASCIMENTO, C. F. Gestão da Atenção Primária à Saúde e contrarreforma do Estado. Análise da relação público-privada em Fortaleza. [recurso eletrônico] / **Dissertação (mestrado profissional)**. Universidade Estadual do Ceará. Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – Fortaleza, 2020.

NORONHA, J. C. Cobertura Universal de Saúde e o Brasil: estamos no bom caminho? **Saúde debate** | Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 5, p. 5-10, dez 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S500.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends**. WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/18.3. 2018. Disponível em: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/. Acesso em: 03 set. 2021.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.10, p.1927-1953, out. 2013.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6p. 1723-1728, 2018.

_____. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde debate** | Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 5, p. 15-28, dez. 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S502.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.2, p.263-276, 2016.

ROCHA, A. S. Globalização, gestão e acesso aos sistemas público e privado de saúde: a Baixada Fluminense no contexto da pandemia. **Espaço e Economia** [Online], v. 18,2020. Disponível em: <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/12672>. Acesso em: 05 nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.12672>.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p.1431-1440, 2008.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.1, p.273-280, 2013.

SILVEIRA, F. G et al. **Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

SOUZA, D. O. Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde. **Saúde debate** | Rio de janeiro, v. 43,

n. Especial 5, p. 71-81, dez. 2019.

UOL – Universo On-Line. **Mais ricos recebem 56% das deduções com saúde do Imposto de Renda.** 2019. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/estadao-conteudo/2019/08/18/mais-ricos-recebem-56-das-deduo-es-com-saude-do-imposto-de-renda.htm>. Acesso em: 10 set. 21.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. Sá. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil:** resultados e argumentos a seu favor. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Brasília: Ipea, 2019

SEÇÃO 2: POSFÁCIO



NEILTON ARAÚJO DE CALVEIRA
Médico Hematologista
Especialista em Hematologia

WANDERLEY GOMES DA SILVA
Coordenador do Conselho Interdisciplinar
Diagnóstico e Farmacológico - (COPIM)

foto: Arquivo Conselho Nacional de Saúde - em memória do Wanderley Gomes

CIDADE DEMOCRÁTICA

Aldinéia Machado Gomes⁵²
Wanderley Gomes da Silva⁵³

A cidade enquanto espaço de vivência humana ou cidade enquanto mercadoria, essa é a grande questão. É o grande debate político em tempos de neoliberalismo. É na cidade que construímos nossos sonhos ou vivemos os pesadelos. O resultado do reflexo das manifestações da natureza é chamado de catástrofe, e as vezes de problemas urbanos, elas ocorrem independente da vontade humana, porém a falta do planejamento urbano, é o principal responsável pelas tragédias anunciadas nas cidades. Nesse sentido a ocupação do solo urbano nas cidades precisa ser revisado para que elas se tornem espaços seguros, inclusivos e saudáveis de viver.

O espaço público, democratizado ou elitizado define o tamanho da especulação imobiliária que vem sendo uma das formas de acumulação do capital em detrimento da falta de espaços para a construção de equipamentos públicos, tais como, creches e moradias de baixa renda nas cidades. Um dos principais entraves à democratização do uso do espaço urbano nas cidades é a regularização fun-

52 Aldinéia Machado Gomes, 55 anos de idade, educadora popular, conselheira estadual de saúde e coordenadora estadual da comissão intersetorial de saúde do trabalhador e trabalhadora (CISTT) do Amapá, cursa, no momento, licenciatura plena em Pedagogia na Universidade Federal do Amapá (Unifap) – período 2018/2022. Já cursou na mesma universidade o curso de Políticas públicas para as Mulheres/UNI-MULHER. Também cursou na Universidade Fluminense o curso de extensão em Gênero, Políticas Públicas e participação na política. Possui 32 anos de militância nos movimentos sociais na luta pela emancipação das mulheres, direitos humanos e saúde. Foi, em 1996, uma das fundadoras das 16 associações de mulheres que existem no estado do Amapá. Também, em 1998, ajudou a fundar a Federação de Mulheres do Estado do Amapá-FEMEA, tendo sido sua primeira vice-presidente. Em 2009 foi eleita secretária geral da instância estadual da Federação das Entidades Comunitárias do Amapá-FECAP/CONAM. Em 2010 foi eleita para a coordenação do Fórum PAN-AMAZÔNICO/ Amapá, cargo que ainda ocupa. Foi conselheira estadual de Políticas públicas para as mulheres do Amapá, no período de 2011 a 2015 e reeleita agora em 2021. De 2011 a 2017 foi conselheira da Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM) e conselheira municipal de saúde de Macapá e primeira Coordenadora da CISTT de Macapá. Nesse último ano coordenou a Conferência de Vigilância em Saúde de Macapá.

53 Wanderley Gomes da Silva tinha 59 anos, nasceu em Conselheiro Lafaiete (MG), deixa a esposa Aldineia Machado e três filhos. Militante dos movimentos de saúde e dos Direitos Humanos, representava no Conselho Nacional de Saúde (CNS) a Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM), entidade que articula as associações comunitárias no Brasil. Wanderley era filiado ao Partido Comunista do Brasil (PCdoB) e, no CNS, atuava, também, na comissão organizadora da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, evento que une os povos indígenas do Brasil para aprimoramento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Ele foi coordenador da Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento (COFIN) do CNS, entre 2016 e 2018, e atuou na coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Atualmente integrava o Grupo de Trabalho com a finalidade de produzir subsídios para construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), além de atuar como coordenador adjunto da Comissão Intersectorial de Vigilância em Saúde (CIVIS) do CNS. Em nota, o Conselho Estadual de Saúde do Amapá, do qual também fazia parte, a Secretaria de Saúde e o Governo do Amapá, publicaram que ele era “um dos mais valerosos combatentes em defesa das políticas públicas por ter dedicado sua vida à luta pela justiça social”. Grande defensor do Sistema Único de Saúde (SUS), Wanderley é mais uma vítima do descaso de um governo que aposta em políticas de morte, em vez de assumir as medidas necessárias para enfrentar a maior crise sanitária instalada em nosso país, que leva diariamente milhares de vidas. A maioria dessas mortes seria evitada se o governo federal acatasse os atos normativos deliberados pelo controle social na saúde.

diária. Ela é fundamental na garantia de cidades para todos e todas, de feição socialmente inclusiva, potencializada a vocação econômica de seu povo, que se manifesta nas artes, nas arquiteturas e em outras atividades humanas.

Sabemos que a população do Brasil é majoritariamente urbana e concentrada nas grandes metrópoles, gerando um extraordinário déficit habitacional de mais de 7,78 milhões de moradias, segundo relatório da Associação Brasileira de Incorporadoras Imobiliárias (ABRAINC) e Fundação Getúlio Vargas (2018), o que significa que milhares de famílias não tem onde morar. Além do déficit habitacional outro grande problema foi a aprovação do marco regulatório do saneamento básico com a aprovação do Projeto de Lei nº 4162\2019⁵⁴, que abre o setor para a privatização da água, o que torna impossível a construção de cidades saudáveis sem acesso ao saneamento básico e a moradia digna, uma vida saudável. Problemas que poderão ser resolvidos na construção de cidades incisivas, como parte da construção de um Brasil mais democrático e socialmente mais avançado.

A política urbana para ser exitosa precisa estar integrada ao conjunto de políticas pública e programas sociais que elevam a qualidade de vida de seus habitantes, sem essa integração a cidade não cumpre sua principal função social que é garantir a qualidade de vida de sua população, ela se torna uma mercadoria a ser usufruída somente pelos donos do capital que nela vivem. Sem a integração continuaremos a presenciar a população nas periferias a margem da cidade que produz cultura e lazer, entre outros serviços que elevam a condições humana, não compreender a necessidade da integração das políticas urbana enquanto elemento imprescindível a qualidade de vida da maioria é

⁵⁴Projeto de Lei nº 4162 de 2019 (PL 4162/2019) Atualiza o marco legal do saneamento básico e altera a Lei nº 9.984, de 17 de julho de 2000, para atribuir à Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (ANA) competência para editar normas de referência sobre o serviço de saneamento

desconhece as condições de abandono que vivem o povo nas cidades, é não entender a natureza de seus surgimentos e dos interesses de classes que se manifestam em seu interior.

É fundamental que na construção do projeto nacional de desenvolvimento a incorporação dos elementos centrais da reforma urbana estejam garantidos, um dos elementos e os investimentos públicos que assegure o acesso das pessoas a todos os serviços públicos que há na cidade, independente da condição econômica-social de seus cidadãos. Desenvolver os elementos da plataforma da reforma urbana no projeto nacional de desenvolvimento, e das reformas democráticas, que colocam o país em outro patamar nas relações humanas e sociais. A reforma urbana busca também democratizar o uso do espaço urbano saudáveis. É importante ressaltar que conseguimos com muita luta escrever na constituição de 1988 os artigos 182 e 183⁵⁵ que tratam da política urbana no Bra-

⁵⁵Capítulo II - DA POLÍTICA URBANA (ARTS. 182 E 183) - Art. 182. A política de desenvolvimento urbano, executada pelo poder público municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei, tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes. § 1º - O plano diretor, aprovado pela Câmara Municipal, obrigatório para cidades com mais de vinte mil habitantes, é o instrumento básico da política de desenvolvimento e de expansão urbana. § 2º - A propriedade urbana cumpre sua função social quando atende às exigências fundamentais de ordenação da cidade expressas no plano diretor. § 3º - As desapropriações de imóveis urbanos serão feitas com prévia e justa indenização em dinheiro. § 4º - É facultado ao poder público municipal, mediante lei específica para área incluída no plano diretor, exigir, nos termos da lei federal, do proprietário do solo urbano não edificado, subutilizado ou não utilizado que promova seu adequado aproveitamento, sob pena, sucessivamente, de: I - parcelamento ou edificação compulsórios; II - imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana progressivo no tempo; III - desapropriação com pagamento mediante títulos da dívida pública de emissão previamente aprovada pelo Senado Federal, com prazo de resgate de até dez anos, em parcelas anuais, iguais e sucessivas, assegurados o valor real da indenização e os juros legais. Art. 183. Aquele que possuir como sua área urbana de até duzentos e cinquenta metros quadrados, por cinco anos, ininterruptamente e sem oposição, utilizando-a para sua moradia ou de sua família, adquirir-lhe-á o domínio, desde que não seja proprietário de outro imóvel urbano ou rural. § 1º - O título de domínio e a concessão de uso serão conferidos ao homem ou à mulher, ou a ambos, independentemente do estado civil. § 2º - Esse direito não será reconhecido ao mesmo possuidor mais de uma

sil e garante que a propriedade cumpra a função social, a garantia da democratização do acesso a cidade enquanto conquista cidadã. Porém é importante destacar que não foi fácil escrever esses dois importantes artigos pelo que eles representam em termo de inclusão social. Escrever não foi fácil, porém a vida vem demonstrando ser ainda mais difícil fazer seu cumprimento, devido aos interesses de classes que se manifestam na sociedade através das cidades.

É preciso que uma grande conquista do movimento da reforma urbana que foi o Ministério das Cidades volte a se constituir para integrar as políticas urbanas construídas nos últimos 30 anos pelos movimentos sociais, sindical e academia.

Cabe ao estado a responsabilidade de conduzir nacionalmente a política de desenvolvimento urbano em toda sua plenitude. Para tanto, é imprescindível a existência de um Ministério que aborde o conjunto das políticas urbanas no país.

É necessário também, manter o Estatuto das Cidades (Lei Federal 10.257⁵⁶), com seu conteúdo inclusivo onde afirma que a propriedade deve cumprir sua função social.

Enquanto não for criado o sistema Nacional de Desenvolvimento Urbano, perdurará fragmentação na ação das políticas urbanas nas cidades, a criação de um sistema desse porte coloca em outro patamar a política urbana no país, considerando que o sistema unifica o conjunto e define as responsabilidades dos entes federados na elaboração da política, o elevava o seu patamar, dando a ela o caráter de política de estado.

vez. § 3º - Os imóveis públicos não serão adquiridos por usucapião. 56A Lei federal nº10257'01, ou Estatuto da Cidade, dispõe sobre as diretrizes gerais da política urbana, regulamentando os artigos 182 e 183 da CF/88, que tratam da política de desenvolvimento urbano. A lei estabelece normas de ordem pública e de interesse social acerca do uso da propriedade urbana.

HOMENAGEM

Texto escrito por Wanderley Gomes da Silva, um homem além do seu tempo, que convivi por mais de onze anos como esposa, amiga, companheira de lutas sociais, um ser humano que sempre pensava no outro mais que em si próprio, sabia amar e amava tudo que fazia. Falar sobre ele depois de seu falecimento se tornou tão difícil mas sei que é necessário dizer quem foi ele, um pai muito amado, um filho que amava sua mãe como todos deveriam amar, respeitar e cuidar, palavras que para ele era simples, cuidou dos meus como se fossem dele, amigos tinha aos montes porque para ele era impossível não ter com quem conversar ou bater aquele papo de duas três horas ao telefone, algo que vamos guardar como relíquia, o conselho nacional de saúde era uma extensão de sua casa, falava como algo comum onde viviam pessoas que eram seus familiares muito queridos, as vezes eu tinha impressão que também conhecia a todos e todas, mas tinha algo só dele que era a escrita, amava ficar escrevendo seus textos dias após dias, enviava para todos os amigos lerem, ninguém escapava que estivesse na lista de telefone, este texto que está aqui neste momento foi produzido em março de 2021 como um presente para mim, sim, era para que eu apresentasse em uma palestra que iria ter e eu precisava estudar sobre as políticas públicas e estatuto das cidades, e depois de algum tempo eu encontrei no computador dele com a frase “Foi feito especialmente para você meu amor”.

REFERÊNCIAS:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INCORPORADORAS IMOBILIÁRIAS; FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Análise das Necessidades Habitacionais e suas Tendências para os Próximos Dez Anos**. 2018. Disponível em: <https://www.abrainc.org.br/wp-content/uploads/2018/10/ANEHAB-Estudo-completo.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei Federal nº 10257/01, trata do Estatuto das Cidades - artigo 1º, §1º. Cuida a lei de cumprir o disposto nos artigos 182 e 183 da CF/88, no sentido de criar uma política de desenvolvimento urbano, executada pelo Poder Público municipal por intermédio de diretrizes gerais constantes nessa legislação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 de julho de 2001.

_____. **Projeto de Lei nº 4162 de 2019** (PL 4162/2019). Atualiza o marco legal do saneamento básico e altera a Lei nº 9.984, de 17 de julho de 2000, para atribuir à Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (ANA) competência para editar normas de referência sobre o serviço de saneamento. 2019. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/>

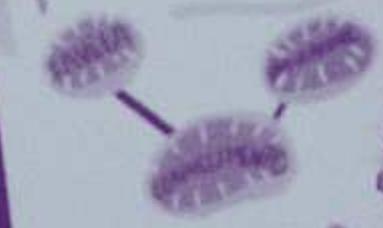
PRESENTE!

A CIÊNCIA, SE NÃO DIMINUIR O SOFRIMENTO DA HUMANIDADE?

MONICA CUNHA
REDE DE MÃES CONTRA
A VIOLÊNCIA DO ESTADO
FUNDADORA DO MOVIMENTO
MOLEQUE

AGATHA
FELIX

DEMOGRAFIA E VIOLÊNCIA
TAXAS DE HOMICÍDIOS
ESTÃO VINCULADAS AS
MUDANÇAS DEMOGRÁFICAS
JOVENS DO SEXO MASCULINO, PERTENCENTES AOS GRUPOS ÉTNICOS MAIS AFETADOS POR ESSE MARCO



ALGUMA ID
JOVENS
NO BRASIL
75 ANOS

↑ AUMENTO DA RENDA

=

↓ QUEDA DA TAXA DE CRIMINALIDADE

CRIMINALIZAÇÃO + MILITARIZAÇÃO DA VIDA SÃO FATORES QUE CONTRIBUEM NAS TAXAS DE SUICÍDIO

ANSIEDADE E DEPRESSÃO SÃO QUESTÕES DE SAÚDE PÚBLICA

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA DIMINUIÇÃO DA VIOLÊNCIA ENQUANTO NOS ESTUDOS DE CASO

MELHORIA NA CONDIÇÃO DA CLASSE TRABALHADORA DIRETOS INDIVÍDUOS ASSEGURADOS MENOS DESIGUALDADE INCLUSÃO DE MAIS FUNDAMENTOS DE JUSTIÇA

DEMOCRATIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS: DIÁLOGO COM AS DIREÇÕES POLÍTICAS DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Claudio Ferreira do Nascimento⁵⁷
Ianna Oliveira Sousa⁵⁸;
Francisco Batista Júnior⁵⁹
Ronald Ferreira dos Santos⁶⁰
Fernando Zasso Pigatto⁶¹
Lizandra Conte⁶²

57 Cirurgião-dentista, Conselheiro Nacional de Saúde, Coordenador-Adjunto da COFIN/CNS, Mestre em Saúde da Família RENASF/UECE;

58 Enfermeira, Mestra em Saúde da Família RENASF/UECE.

59 Presidente do CNS (2006-2011).

60 Presidente do CNS (2015-2018).

61 Presidente do CNS (2018-2021).

62 Assessora técnica da COFIN/CNS.

INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) constitui um dos espaços fundamentais de intervenção política das organizações e movimentos sociais que lutam em defesa do direito universal à saúde no Brasil. Tal condição está associada, em grande medida, ao papel institucional assumido pelo CNS, desde o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em razão, principalmente, do estabelecimento do princípio da participação social como fundamento da Constituição Federal de 1988 e das leis orgânicas da saúde 8.080/1990 e 8.142/1990. Com o SUS, as Conferências e os Conselhos de Saúde assumem condições objetivas de promoverem avanços na democratização do poder estatal e no controle, pela sociedade, das políticas, ações e serviços públicos de saúde, materializando aquela que foi uma das principais consignas da luta pela redemocratização e por uma Reforma Sanitária brasileira, desde fins dos anos 1970.

A dimensão do impacto da criação do SUS para a mudança radical do papel político do CNS pode ser mensurada pelo fato de que desde quando foi criado, em janeiro de 1937, até os anos 1990, o CNS teve papel meramente “consultivo” do Ministério da Saúde, com a composição de seus membros sendo, inclusive, de livre indicação do próprio Ministro de Estado.

Com a regulamentação das novas atribuições do CNS, principalmente, a partir da aprovação da Lei 8.142, em 28 de dezembro de 1990, são fixadas competências relativas às políticas de saúde e uma composição paritária do plenário entre representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde, de modo que metade das vagas deveria ficar com a representação de usuários. Neste sentido, a aprovação, pelo CNS, das Resoluções 333/2003 e 453/2012 que estabelece diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos

conselhos de saúde em níveis municipais, estaduais e nacional e o Decreto 5.839/2006 que amplia a representação do CNS para 48 conselheiros titulares e regulamenta o processo eleitoral dos membros do CNS, propiciando a primeira eleição do presidente do colegiado, cargo até então ocupado pelo ministro da saúde, representam marcos políticos fundamentais do processo de estruturação do CNS e de obtenção de maior grau de autonomia política pelos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990; 2003; 2006; 2012; 2021).

A ameaça representada pelo subfinanciamento crônico do SUS e, principalmente, pelo desfinanciamento crescente decorrente da aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95), em 2016, que, de acordo com Funcia (2021) e o IPEA (2021), promoveu a perda de R\$ 22,5 bilhões, somente entre 2018 e 2020, coloca a luta pela garantia de financiamento adequado e contínuo do SUS como uma das principais lutas políticas desenvolvidas no interior do CNS, em especial, em espaços como os da Comissão de Orçamento e Finanças (COFIN) que tem, dentre suas tarefas, a análise, o debate e a emissão, a partir dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, de relatórios e pareceres técnicos e políticos sobre a situação orçamentária e financeira das políticas de saúde que deverão ser levados para discussão e deliberação pelo plenário do CNS. (BRASIL, 2016)

Com o objetivo de expor as análises e reflexões dos sujeitos envolvidos no processo de direção política do CNS a respeito da conjuntura política atual, do processo de constituição dos conselhos de saúde, enquanto espaços de participação, controle e cogestão das políticas de saúde, e das ameaças ao processo de democratização e financiamento do SUS foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dois ex-presidentes e com o atual presidente do CNS a partir das seguintes questões orientadoras:

1. Quais os grandes desafios do SUS no Brasil de hoje? E que riscos ameaçam o sistema?
2. De que forma a sociedade civil pode contribuir para a gestão do SUS?
3. Como fazer cumprir os princípios e diretrizes do SUS? Como garantir o financiamento e qual o caminho para um SUS efetivamente democrático?

As reflexões extraídas das entrevistas serão apresentadas na íntegra a partir de eixos temáticos com base nas questões levantadas pelo questionário, constituindo tópicos de análise dos sujeitos sobre a realidade experienciada.

DESAFIOS E RISCOS PARA O SUS NA ATUAL CONJUNTURA

Os sujeitos que compuseram parte da direção do CNS apresentam, de forma sintética, análises e reflexões a respeito dos impactos da atual conjuntura política brasileira sobre o SUS, tendo em vista, os velhos e novos desafios e riscos ao sistema e às condições de saúde da população brasileira consequentes à situação da luta de classes, no período.

Neste sentido, expõem suas visões sobre o período mais recente desta etapa histórica de crise econômica, política, social e sanitária enfrentada pela classe trabalhadora brasileira, derivada da crise estrutural do capitalismo e, principalmente, da resposta governamental à crise sob a forma de contrarreformas estatais, ajustes fiscais e privatizações que visam aprofundar políticas neoliberais em vigor desde os anos 1990.

Nesta quadra histórica, a expressão mais recente da crise capitalista é a crise econômica de 2007/2008 (MESZAROS, 2011; CHESNAIS, 2013) iniciada nos Estados-nação do centro do capitalis-

mo, cujos efeitos na periferia começam a ser sentidos logo em seguida, atingindo mais fortemente o Brasil, a partir de 2014, acabando por propiciar algumas das condições objetivas para a abertura de uma situação política reacionária a partir de 2016, aprofundada em 2018 e cujos efeitos sociais atingem níveis “paroxísticos” com as ações e omissões governamentais à pandemia mundial de COVID-19, iniciada em 2020.

A análise dos efeitos conjunturais do avanço da desigualdade social em meio à estagnação econômica, da explosão do desemprego e da inflação em meio ao aumento da miséria e da fome, da precarização do trabalho em meio à violência social, atravessa as reflexões sobre as condições de vida e saúde das maiorias sociais por parte destes atores sociais que assumiram a tarefa de direção do CNS.

O início da expressão desta mais recente crise capitalista coincide com o primeiro mandato de Francisco Batista Júnior na presidência do CNS. Sua eleição, em 2006, representou um marco importante na história do CNS e na experiência de participação da sociedade civil na gestão das políticas de saúde visto tratar-se da primeira eleição direta para a presidência do CNS, em 70 anos. Neste sentido, repercutiu como tarefa nos dois mandatos na presidência do CNS por ele assumidos, não apenas a mudança da cultura de gestão do SUS derivada dos vários anos de gestão das políticas e instâncias do sistema pelo ministro da Saúde, mas também a necessidade de que o CNS atuasse fortemente no sentido da qualificação do SUS e do fortalecimento da participação da comunidade.

De acordo com Francisco Júnior,

“Pensado como uma política que seria um marco nas transformações estruturais do nosso país, incluyente, abrangente, universal, integral e democrático, o SUS por

isso mesmo já nasceu contra hegemônico e contrariando os interesses dos poderosos grupos sociais, políticos e econômicos que historicamente dominam, controlam e submetem o Brasil. A ideia era, e continua sendo de alguma forma, usar o êxito do SUS como forma de expandir experiências similares para outras áreas de políticas públicas como a seguridade social, a educação, a segurança e o emprego.

Nesses 33 anos de criação e 31 de regulamentação, o SUS promoveu diretamente o maior salto na qualidade de vida dos brasileiros. É o principal responsável pela mudança para melhor no perfil sócio epidemiológico da nossa população, com impacto direto na expectativa de vida, na produção e na economia do país.

Exatamente por contrariar toda a lógica historicamente estabelecida, tem sofrido duríssimos ataques desde o seu nascedouro, através de um violento processo de desfinanciamento, privatização da rede, da gestão do Sistema e da gerência dos serviços, absoluta precarização na contratação e remuneração da força de trabalho e alterações na legislação que aprofundam suas dificuldades e inviabilizam muitas de suas ações.

Seu grande desafio hoje, quando foi submetido talvez ao maior confronto da sua curta existência, o enfrentamento da COVID, é dar um salto de qualidade que propicie, a partir de um financiamento adequado, corrigir as distorções que se acumularam durante esse período, tornando-o apto a atender às enormes e graves demandas decorrentes dos chamados desdobramentos pós infecção aguda da COVID, ao mesmo tempo em que consiga ampliar sua capacidade de atendimento

de todas as demais exigências que fazem parte da rotina da população em todos os níveis de complexidade.

A CPI que no Senado apura supostas irregularidades do Governo Federal no enfrentamento da COVID, já com fartos elementos comprobatórios, é a prova cabal de que o Sistema tem sido utilizado de forma irresponsável e criminoso, comprometendo diretamente a sua capacidade de bem atender a população, o que se traduz no baixo índice de vacinação plena dos brasileiros bem como desperdícios inaceitáveis de recursos financeiros que muito poderiam contribuir para atenuar e diminuir os terríveis impactos no absurdo número de vítimas da COVID durante esse período.

A pandemia já ceifou a vida de mais de 600 mil brasileiros e não se tem ainda uma ideia precisa de quando exatamente será domada e controlada. Diante de um governo negacionista e que em nenhum momento mostrou alguma determinação de enfrentá-la da forma correta e de acordo com os ditames dos manuais técnicos e científicos, o nosso trabalho se torna mais ainda desafiador necessitando cada vez mais de um poder de convencimento da maior parcela possível da população, como forma de se contrapor a uma disputa profundamente desigual. Não conseguimos realizar um lockdown quando foi necessário, nem promover a vacinação no momento e no volume necessários e precisamos a cada dia enfrentar a forte campanha governamental que tenta desacreditar as medidas de enfrentamento e controle do/da COVID, desqualificando as medidas protetivas como o distanciamento físico e o uso de máscaras de um lado, e pregan-

do o tratamento com medicamentos sem nenhuma eficácia comprovada, de outro.

O momento político que vivemos tem contribuído decisivamente para agravar a situação e as consequências de todo esse processo. As reformas que precarizam o trabalho, a previdência e as políticas públicas como um todo, a permanente ameaça que é feita ao pouco que temos de conquistas democráticas e ao processo eleitoral marcado para o próximo ano, a omissão do governo federal diante das pequenas e médias empresas mais duramente atingidas pela pandemia e a falta de assistência aos trabalhadores afetados pelo desemprego, pela perda de renda, pela informalidade e pelo desalento, tornam o SUS uma das poucas trincheiras onde o povo encontra atendimento e alento. Ao mesmo tempo, nos chamam mais ainda à responsabilidade no papel que precisamos desempenhar na defesa do nosso Sistema e da democracia no país.”

O mandato de Ronald Ferreira dos Santos na presidência do CNS, entre 2015 e 2018, acompanha o momento histórico de abertura e consolidação da situação política reacionária brasileira, com o impeachment de Dilma Rousseff e a eleição de Jair Bolsonaro, e seus diversos efeitos sobre o SUS e as demais políticas sociais no Brasil. As tarefas de resistência política aos retrocessos, pela revogação da EC 95 e pela garantia de recursos para o financiamento do SUS nortearam sua agenda de lutas na direção do CNS.

Do ponto de vista de Ronald dos Santos,

“Atualmente os desafios para a defesa dos Direitos se avolumaram para dimensões colossais, e no caso da saúde estamos falando de vida e morte. Na saúde, dois

pilares são fundamentais. O primeiro diz respeito à resistência aos mais violentos ataques à saúde como direito e aos princípios e diretrizes do SUS, realizados por forças que buscam uma contratação social para essa atividade aos moldes anteriores a 1988. O outro pilar de desafios trata da formulação de políticas que possam desenvolver o SUS, na direção da superação de seus gargalos, que não são poucos. Portanto, nossos desafios são muito grandes: o debate da saúde como direito, que considere a soberania nacional e os interesses do nosso povo e da nossa Nação, precisa transformar-se em soluções para que o Direito à Saúde seja materializado na garantia do acesso às ações e aos serviços de saúde.

Os grandes desafios do SUS de hoje são na verdade os desafios de sempre, de ontem e de amanhã: promover a atenção primária (Estratégia da Saúde da Família), a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica, a estruturação hospitalar em todos os níveis de atenção, a descentralização regional e municipal, garantindo acesso universal e resolutividade. Valorizar o Trabalho em Saúde, que com os insumos estratégicos é quem produz de fato do direito à saúde, constituir e investir na Carreira do SUS, no trabalho em equipe multiprofissional, na educação permanente, no aperfeiçoamento, na especialização e formação em saúde em serviço e comunidade para garantir o vínculo entre a população, as equipes de saúde e o SUS. Fortalecer a comunicação em saúde para as comunidades, garantindo amplo acesso à internet nos territórios, efetivar ações de promoção e cuidados integrais em saúde mental, nas famílias, empresas e comunidades, promover a proteção aos

vulneráveis e a equidade em saúde, apoiar a Saúde da Mulher e redobrar os cuidados materno-infantil, garantir a Saúde Bucal, fortalecer atenção integral à saúde dos trabalhadores/as e garantir a participação da comunidade no controle social do SUS.

Além disso, para garantir a eficácia e eficiência do SUS, é necessário promover os investimentos estratégicos no desenvolvimento e ampliação do complexo econômico industrial da saúde, destinados a garantir a produção de Imunobiológicos, vacinas, equipamentos, medicamentos, ingredientes farmacêuticos ativos, intermediários de síntese, além da construção de plataformas tecnológicas, baseadas no domínio da biotecnologia moderna, na engenharia genética e na bioprospecção da flora e fauna de forma sustentável, garantindo às indústrias nacionais, farmacêuticas, farmoquímicas, biotecnológicas e de equipamentos, sejam públicas ou privadas, as condições necessárias para a produção nacional dos insumos estratégicos para a saúde, economizando divisas e garantindo a verticalização da produção interna e a nossa autossuficiência nacional neste setor vital da economia e da vida. Superar a dependência internacional e vulnerabilidade nacional. Integrar saúde, economia, meio ambiente inovação e produção é uma necessidade do século XXI.

A Emenda (In)Constitucional 95 que afasta o Estado Brasileiro de suas obrigações, que impôs o teto de gastos, precisa ser revogada para que a União aplique, no mínimo, 10% das suas receitas correntes brutas, rompendo com o crônico subfinanciamento e o recente desfinanciamento.

O Sistema Único de Saúde (SUS), com mais de 31 anos de implantação, tem sido

uma alternativa presente para a maioria da população no enfrentamento à pandemia, com um esforço notável de seus trabalhadores, gestores e equipes que atuam com dificuldades de coordenação e grandes desafios para cumprir a sua missão constitucional da universalidade, integralidade e equidade. Mais do que nunca, lutar pela saúde significa lutar pelo Brasil.

Fortalecer o SUS se impõe como uma necessidade imperativa ao povo. Segundo o IBGE, 75% da população brasileira dependem exclusivamente das ações assistenciais do SUS, e em algumas regiões do país este percentual chega a 90%. Já as ações de proteção, de vigilância em saúde, muitas vezes invisíveis, sobre algumas das quais a pandemia colocou luz, são 100% atribuições do SUS.

Como vem comprovando a CPI do Senado, respaldada por amplo apoio popular, a tragédia que vivemos é resultado da conduta criminosa e irresponsável do presidente. O governo brasileiro se omitiu de socorrer as pessoas, revelou a mais absoluta negação da ciência, estabeleceu uma guerra cultural através de potente comunicação, levou as pessoas ao encontro do vírus sem as devidas medidas sanitárias, promovendo o falso sentimento de proteção, com propaganda mentirosa da eficácia de medicamentos. O estratégico complexo econômico industrial da saúde, para a produção nacional e integrada de vacinas, foi vitimado com o corte de investimentos em ciência e inovação. A cada depoimento, novos indícios de que, por razões de cálculo político, foi sabotada uma estratégia nacional integrada, com bases científicas e em defesa da vida, para o combate ao SARS-CoV-2, ao

custo de milhares de vidas. São muitos os crimes sanitários e contra a vida.

A Constituição Federal de 1988 vem sendo atacada desde sua promulgação, o que impôs barreiras para efetivação de políticas públicas que dessem materialidade aos seus apontamentos, como o Direito à Saúde e ao Bem-Estar Social. Todavia, os mais duros destes ataques foram feitos justamente ao caráter Democrático e de Direito do Estado. Os graves ataques à democracia e aos direitos do povo brasileiro que caracterizam a atual conjuntura exigem mobilização que aponte para a construção de uma ampla frente política e social para o enfrentamento das forças do atraso, ultraliberais, conservadoras e autoritárias. O SUS tem sido impactado direta e indiretamente por essas nefastas forças, fazendo da sua defesa a própria defesa do Estado Democrático de Direito.”

Acompanhando o intenso processo de aprofundamento de retirada de direitos e de desmonte do Estado derivado das políticas ultraliberais, bem como das repercussões concretas do desfinanciamento do SUS, promovido pela EC 95, o mandato de Fernando Zasso Pigatto na presidência do CNS, iniciado em 2018, coincide com um dos cenários mais trágicos da história recente brasileira derivado das ações e omissões do governo federal à crise sanitária mundial da COVID-19. Tal cenário, ao mesmo tempo em que vem impondo novos e enormes desafios ao SUS, tem destacado, não apenas o papel fundamental deste para salvar vidas, como do próprio CNS para a luta política em defesa do direito à saúde da população brasileira. São marcas importantes deste mandato as denúncias promovidas pelo CNS de perda de recursos do SUS em razão da EC 95 e da política do governo Bolsonaro em relação à pandemia de COVID-19, que envolveu desde a lentidão na liberação de recursos e no

acesso da população à vacina quanto o estímulo governamental à exposição coletiva à contaminação e ao uso de tratamentos sem eficácia.

De acordo com Fernando Pigatto,

“Os desafios de hoje são os desafios de sempre ao longo dessas três décadas de SUS, mas ainda maiores por termos um governo federal e alguns governos estaduais e municipais que insistem em atuar para o desmonte do SUS. Apesar da legislação robusta, precisamos lutar de forma permanente contra o corte de recursos que varia, dependendo da vontade política no Executivo e no Legislativo. A Emenda Constitucional nº 95/2016 ainda é um grande ataque que vem ferindo de morte a Saúde Pública brasileira, pois ela congela (na verdade, diminui) por 20 anos os recursos do SUS, ainda que a população esteja envelhecendo, que as tecnologias em Saúde precisem ser melhoradas, que o número de habitantes no Brasil esteja aumentando, que estejamos em meio à maior crise sanitária da história recente. Já dizíamos, quando lutávamos contra a sua aprovação, que seria a emenda da morte. Infelizmente, isso se confirmou.

As outras reformas ocorridas, trabalhista e da previdência, também geram agravos à Saúde, pois nosso Sistema de Seguridade Social, o qual o SUS faz parte, está sendo atacado fortemente. A mercantilização da Saúde, onde vemos empresários da indústria da Saúde se beneficiando dos recursos públicos a partir de licitações e acordos, enquanto as unidades públicas seguem precisando de financiamento adequado, também é uma barreira que

ameaça o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. A própria crise da pandemia de Covid-19 e as crises social, econômica, política e humanitária fragilizam gravemente nossas conquistas, ainda mais diante das atitudes negacionista e genocida do atual governo.”

AS CONTRIBUIÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL PARA A GESTÃO DO SUS

Resgatando o vínculo entre saúde e democracia, produto da experiência sócio-histórica da luta de classes no Brasil, tanto aquela de fins dos anos 1970 e início dos anos 1980, que tinha por base a luta pela redemocratização após 21 anos de ditadura empresarial-militar, quanto a atual quando estão ameaçadas conquistas sociais e políticas das maiorias sociais como os direitos trabalhistas e previdenciários e as liberdades democráticas, os presidentes do CNS refletem sobre as perspectivas da participação da sociedade na construção e no controle da execução das políticas de saúde, à luz da conjuntura política apontada anteriormente.

Neste sentido, Ronald dos Santos avalia que,

“A democracia participativa se desenvolve a partir da democracia representativa e entende que a participação do povo se dá não somente pela escolha de seus representantes, mas também por outras formas de participação no governo, por meio de plebiscitos, referendos, audiências públicas, conselhos e conferências de políticas públicas, essa formalidade ou estatuto de nossa legalidade abre a nossa Constituição Federal, quando no Parágrafo único de seu Artigo 1º torna pético “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio

de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. Essa forma de democracia tenta aproximar o governo do Estado com seus governados, de maneira a entender melhor seus anseios e necessidades e fazer um governo que atenda essas demandas. Essa forma de entender a democracia, incorporada pelo SUS no Brasil, permite um maior diálogo e controle das políticas públicas.

Com a Emenda Constitucional 20 de 1998, a ofensiva neoliberal retirou a expressão “Participação da Comunidade...” do inciso VII do artigo 194 da Constituição, que tratava do caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa da seguridade social, deixando explícito a Participação da Comunidade apenas no inciso III do artigo 198 que estabelece as Diretrizes o Sistema Único de Saúde.

O Brasil desenvolveu algumas boas experiências de democracia participativa, como a participação social ratificada pelo SUS, reconhecendo-a como parte estruturante da sua política. O SUS, mais que uma política pública de saúde, é um modelo de desenvolvimento social e político. Outras experiências também são relevantes, como as das áreas da educação, assistência social, alimentação, ambiental, moradia, reforma agrária e direitos trabalhistas, e estão dentro da lógica da compreensão de democracia além da mera representação, mas nenhuma delas conseguiu construir uma rede de participação da comunidade nas gestão participativa da política como o SUS.

Para entendermos o conceito de “participação social” incorporado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso termos presente a luta pelo direito humano à

saúde protagonizada pelo Movimento da Reforma Sanitária e, também, a compreensão de democracia participativa. Reconhecer a participação social como uma das diretrizes do SUS significa entender que a população local, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, contribui com a consolidação do SUS, desde a troca de informações, de debates, experiências, proposições e deliberação, até a socialização e a avaliação da política pública. Ou seja, a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde, e não mera receptora ou expectadora. Em outras palavras, o SUS incorpora a concepção de que a participação da comunidade é fundamental para a ampliação da democracia e para a efetivação das políticas públicas de saúde.

A Constituição Federal de 1988 vem sendo atacada desde sua promulgação, o que impôs barreiras para efetivação de políticas públicas que dessem materialidade aos seus apontamentos, como o Direito à Saúde e ao Bem-Estar Social. Todavia, os mais duros ataques ao Estado Democrático de Direito, preconizado pela Constituição Federal de 1988, foram feitos justamente ao seu caráter Democrático e de Direito.

O Estado Democrático diz respeito à soberania, à vontade popular e ao respeito às minorias, enquanto o Estado de Direito significa o acesso ao direito à cidadania através de políticas públicas. Dessa forma, ao não respeitar a soberania da vontade popular de uma eleição majoritária e ao instituir a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congela os gastos públicos por 20 anos, romperam com nosso contrato social.

Tal investida precisa ser compreendida dentro das disputas de rumos, não só do Brasil, mas do mundo, não só do nível nacional, mas também do nível local, do território onde vivemos, como dizem “do global ao local”, pois, o que está em disputa é como vivemos e como morremos, quem vive e quem morre, e a disputa entre a vida e a morte.

As consequências dessas disputas podem ser o avanço civilizacional ou uma tragédia humanitária, pois seus desdobramentos impactam diretamente em vidas humanas. A escolha é: Todos têm Direito à Vida? Alguns podem ser elimináveis? O conhecimento humano, a ciência e a tecnologia impactarão nas relações de produção da vida; no avanço ou na tragédia, no local e no global. É possível ver o espectro da morte cobrir vastos territórios pelo mundo: hoje é a pandemia que abate vítimas inocentes principalmente os mais vulneráveis, mas é bom lembrar das gaiolas com crianças na fronteira dos Estados Unidos; dos novos navios negreiros no Mediterrâneo; a xenofobia e a intolerância ganhando força no Brasil e no mundo; é a violência como solução de conflitos; é uma brutal e cruel concentração de riqueza no mundo, diante disso, a defesa da vida passa a ter um caráter civilizatório na contemporaneidade.

Fui eleito presidente do Conselho Nacional de Saúde em dezembro de 2015, o ano encerra no Brasil em um ambiente bastante conflagrado na política, um cenário de fortes ameaças a Democracia e aos Direitos do povo, a Presidenta da República está encerrando o seu primeiro ano do segundo mandato com muitas dificuldades de governar, em virtude de uma feroz oposição no legislativo, nos meios

de comunicação e na sociedade em geral, na Saúde também se opera nesse período grandes movimentações, tem-se concluída a etapa nacional da 15ª Conferência Nacional de Saúde, Eleição e renovação da composição do Conselho Nacional de Saúde, Fechamento do Plano Nacional de Saúde 2016/2019 e aprovação da Emenda Constitucional 86, que reduz o financiamento para a saúde.

Nesse contexto os primeiros meses do ano de 2016 foram decisivos no processo de resistência na defesa do SUS, principalmente pelas iniciativas do Conselho Nacional de Saúde, entre elas o planejamento estratégico do CNS para o período 2016/2019, que atualizou a Missão do CNS e aprovou uma agenda prioritária.

Definiu-se como Missão do CNS: Defender o Sistema Único de Saúde público, universal e de qualidade, mobilizando a sociedade brasileira em defesa do Estado Democrático e do Direito à Saúde, e participar da formulação e monitoramento da política nacional de saúde, fortalecendo o caráter deliberativo do controle social.

E a Agenda Política do Conselho Nacional de Saúde, tendo como elementos mobilizadores o modelo de atenção pactuado na Constituição de 1988 e o seu financiamento assim ficou definida 1) Acompanhamento do PNS, PLOA e Relatórios de Gestão. 2) Ação Conjunta com as Organizações que atuam no CNS. 3) Fortalecer e qualificar o processo de trabalho da Mesa Diretora, Pleno e Comissões do CNS. 4) Aperfeiçoar a Política de Educação Permanente do Controle Social. 5) Qualificar a participação do Controle Social na formulação e avaliação das políticas de saúde. 6) Apoiar a implementação da Política

Nacional de Educação Permanente no SUS. 7) Defender democracia participativa e representativa. 8) Fortalecer e promover a articulação com os demais órgãos de controle social do SUS. 9) Lutar por financiamento suficiente e alocação eficiente dos recursos financeiros do SUS para garantia do Modelo de Atenção à Saúde, conforme pactuado na CF/88. 10) Promover a participação dos conselhos de saúde na regionalização e na gestão do SUS regional. 11) Definir estratégias específicas em relação à População Indígena. 12) Promover a valorização do trabalhador da saúde e a desprecarização das relações de trabalho no SUS. 13) Ordenar e regular a formação profissional em saúde, considerando que a ordenação é uma ação estratégica do controle social. 14) Contribuir para a implementação da Política Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a. 15) Instituir uma Política de Comunicação Social do CNS em defesa do SUS e do Direito à Saúde. 16) Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico na área da saúde e sua incorporação pelo SUS, com a garantia da proteção do sujeito de pesquisa, controle social. 17) Defender a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Tanto nas deliberações da 15ª Conferência Nacional Saúde de Saúde quanto no Planejamento Estratégico do CNS reafirmou-se a necessidade de qualificação e fortalecimento dos Conselhos de Saúde e do sistema de Conselhos como uma demanda urgente. Essa demanda foi consignada no Relatório da referida Conferência, e ratificada especificamente na Resolução nº 507 do CNS de 16 de março de 2016.

No período seguinte, foi possível dar materialidade a construção coletiva da gestão

participativa do SUS, produzimos muito, alguns dos bons exemplos, além da potência que foram, ainda precisam repercutir muito, nos ajudar a acumular mais forças. Realizamos a 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação e Saúde, a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, a Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, essa última presenteou o SUS, depois de 30 anos, com a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

Os desafios são muito grandes: o debate da saúde como direito, que considere a soberania nacional e os interesses do nosso povo e da nossa nação, precisa transformar-se em Soluções que permitam fazer do Direito a garantia do acesso a ações e serviços de saúde. Através das representações dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores, o Conselho Nacional de Saúde foi buscar, na década de 1980, inspiração para ampliar sua contribuição na luta em defesa da vida e do Direito à Saúde e para construir um processo de resistência à onda de retrocessos, Assim, convocamos a sociedade brasileira para realizar a nossa “8ª + 8”, a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Para além do resgate histórico, 33 anos após a realização da 8ª CNS, o controle social tinha e tem a centralidade de seus debates numa agenda muito próxima daquela de 1986. E, é por esta razão que o tema central e os eixos escolhidos para a 16ª CNS foram os mesmos, ou seja, o tema central é “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. Os Eixos temáticos foram: I – Saúde como direito; II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de

Saúde (SUS); e III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS. Entretanto, diferentemente de 1986, a arquitetura institucional do Estado Democrático de Direito está registrada na Constituição Brasileira e o caráter de inovação da participação social na saúde está reconhecido legalmente e no cotidiano do sistema de saúde.

Com mais de 95% de votos os delegados e delegadas a 16ª Conferência Nacional de Saúde apontaram na aprovação do Documento apresentado pela Comissão Organizadora os rumos e desafios que o controle social terá no próximo período, tendo como referência que Democracia é Saúde e Saúde é Democracia, conclama todos e todas para a construção de uma jornada de lutas em defesa das liberdades democráticas, dos direitos sociais e do sus, contra todas as formas de privatização, pelo acesso universal, financiamento adequado, carreira de estado para as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde e fortalecimento da participação popular.

Em 2020 e 2021 o Brasil enfrentou e enfrenta, talvez, o mais dramático momento social, político e econômico de sua História, a pandemia do Coronavírus colocou a saúde e a defesa da vida na centralidade de todo do planeta, e no nosso país a tragédia ganha dimensões catastróficas, já passamos de 600 mil vidas perdidas, os desemprego o sofrimento do povo, a fome se amplifica. Ao assumir a partir da 16ª CNS a defesa da vida, do planejamento democrático, da ética pública e do controle social como eixos organizativos da política de saúde, em linha com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o controle social do SUS tem atuado com todas as forças democráticas para viabi-

lizar o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19, aplicar dinheiro novo no SUS, fortalecer a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde, e ampliar o diálogo e a mobilização social para dar a sua contribuição na tarefa de fazer prosperar o Pacto Pela Vida, que precisa ampliar muito o lastro político e social de sustentação. VIDA, SOLIDARIEDADE, SAÚDE E CIÊNCIA, SUS, MEIO AMBIENTE, DEMOCRACIA.”

De acordo com Fernando Pigatto,

“A participação social é fundamental para que possamos efetivar a nossa democracia. Por isso o controle social existe. É uma conquista do povo brasileiro. Enquanto sociedade, precisamos atuar cotidianamente nas diversas mobilizações em curso, além de participar e defender as conferências e os conselhos, pois são espaços onde o povo pode deliberar e fiscalizar as políticas de Saúde. No caso do CNS, o quadro de conselheiros e conselheiras é renovado a cada três anos, via eleições e a gestão 2021-2024 será eleita em novembro. Estamos convocando a 17ª Conferência Nacional de Saúde, no dia 5 de outubro deste ano, dia que a constituição de 1988 completa 33 anos. A etapa nacional será realizada em 2023, mas já estamos iniciando as atividades preparatórias desde agora.”

Para Francisco Júnior,

“Inicialmente é importante afirmar que, assim como o SUS, a democracia e o chamado “controle social”, a possibilidade concreta do exercício da democracia participativa numa política pública fundamental

e vital, fazem parte de todo um processo que está em construção. Isso significa dizer e admitir que ainda não vivemos numa democracia, que assim sendo não pode ser vista apenas na visão reducionista do “direito de votar”. Democracia é uma coisa muito mais complexa, avançada e, diria mesmo, sagrada. Não há democracia com exclusão social, com concentração de renda, com miséria e sem direito universal e integral a políticas públicas essenciais.

O Controle Social, constituído pelos Conselhos, Plenárias e Conferências de Saúde e por todos os demais espaços de participação como conselhos distritais, locais e gestores, foi uma das maiores conquistas quando da aprovação do SUS e um diferencial que o torna único no mundo inteiro. Sabemos que uma cultura pautada e sustentada pelo autoritarismo e pelo centralismo não é alterada através exclusivamente de dispositivos legais. É necessário um longo, perene, constante e permanente processo de educação, exercitado de forma incisiva pelo maior número possível de atores envolvidos.

Nos últimos dez anos temos observado um importante retrocesso no exercício do controle social do SUS pelo país. São poucos os Conselhos de Saúde, estaduais ou municipais, que conseguem cumprir seu papel a contento e isso demanda uma avaliação profunda e responsável que passa, necessária e obrigatoriamente por uma autocrítica dos diversos segmentos envolvidos com o tema.

Sem deixar de reconhecer, louvar e aplaudir os avanços significativos conseguidos, é lícito e diria mesmo urgente reconhecer que erros graves foram e continuam sendo cometidos, exigindo de todos uma imedia-

ta correção de rotas. Não podemos admitir que a função de conselheiro se torne algo a ser instrumentalizado para atender a interesses pessoais e corporativistas, bem como de pessoas que se tornam verdadeiros profissionais com mandatos quase vitalícios. O limite de mandatos a ser obedecido por todos que se dispõem a contribuir, deve ser uma regra sagrada de modo a promover a renovação de quadros e combater os vícios do patrimonialismo.

É certo que não podemos numa guerra profundamente desigual, perder quadros que são importantes no debate e na construção do processo político, mas é certo também que a contribuição desses importantes atores pode acontecer em outros diversos espaços como as Comissões, assessorias etc.

Durante essa pandemia os desafios dos Conselhos de saúde foram potencializados. As diversas restrições, as dificuldades de realização de reuniões e eventos presenciais e o adoecimento e perdas de importantes militantes, tornaram as tarefas do Controle Social desafios hercúleos, se reinventando a cada dia e a cada hora.

Mesmo assim o Conselho Nacional de Saúde conseguiu cumprir um papel excepcional, acompanhando as ações desenvolvidas pelo governo, fiscalizando, propondo e subsidiando a mídia e a rede de conselhos de saúde pelo país com dados e informações fundamentais para melhor entender o que acontecia no SUS e no Brasil, para muito além do que era divulgado pela grande imprensa. O Conselho Nacional de Saúde conseguiu levantar aspectos importantes relacionados a temas complexos como financiamento, força de trabalho, rede de serviços e assistência, e traduzi-

-los para a sociedade de forma mais clara e objetiva.

Precisamos fazer uma avaliação coletiva sobre a forma como esse processo aconteceu também nos estados e municípios bem como aproveitar o momento para dar uma maior visibilidade ao Controle Social, seu papel, sua responsabilidade e sua importância para o SUS, para o país e o povo.”

OS CAMINHOS PARA UM SUS EFETIVAMENTE DEMOCRÁTICO, COM FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE

A necessidade de apontar alternativas de mobilização e de luta em defesa do SUS, de resgate do projeto de reforma social que aponta a unidade das consignas do direito à saúde e à democracia, bem como da defesa de um financiamento adequado e suficiente das políticas e ações de saúde, serve de referência para as reflexões das direções do CNS. Em todas elas, a importância do fortalecimento da participação e do controle social, da qualificação dos espaços democráticos das Conferências e Conselhos de Saúde, da ampla mobilização política contra os retrocessos políticos que enfrentamos neste momento é destacada, numa demonstração da importância destas estratégias para o avanço nas condições de vida e saúde da população brasileira.

Na avaliação de Fernando Pigatto,

“Precisamos estar inseridos formalmente nos conselhos participativos brasileiros, fortalecendo a Rede de Conselhos de Saúde. Precisamos estar nas ruas (com todos os cuidados sanitários) e nas redes sociais mobilizando para modificar o cenário atual. Precisamos também apoiar candidaturas a cargos políticos que têm

intenções reais de defesa do SUS, que entendem sobre Direitos Humanos e que querem uma real transformação social para que conquistemos mais qualidade de vida. Precisamos defender os coletivos e organizações populares, os movimentos sociais, as entidades trabalhistas que se fazem presente nessa jornada de lutas.

É um trabalho árduo, mas que precisa estar integrado com universidades, artistas, trabalhadores/as, usuários/as, gestores/as e prestadores/as de serviços, reconhecendo as diferenças existentes e são próprias da democracia – que precisamos defender sempre. Também têm o Judiciário, Legislativo e Executivo em suas várias esferas, além de outras instituições e organizações que devem cumprir um papel de fortalecimento do nosso SUS. Precisamos defender e consolidar cada vez mais o Estado Democrático de Direito. Só seguiremos com um SUS democrático se os/as atores/atrizes sociais e políticos defenderem aquilo que está na nossa Constituição de 1988, na Lei nº 8080/1990 e na Lei nº 8142/1990, que estabelecem a participação da comunidade na gestão, monitoramento e fiscalização do SUS. O financiamento adequado e suficiente para o SUS precisa estar sempre presente em nossas lutas cotidianas, principalmente a revogação da EC 95, entre outras ações previstas nas deliberações da 16ª Conferência Nacional da Saúde (8ª+8) e pelo controle social brasileiro nesse último período, como por exemplo a aprovação da PEC 36, que tramita no Senado Federal.”

De acordo com Francisco Júnior,

“Há duas formas que eu diria serem inegociáveis na luta para fazer cumprir os princípios e diretrizes do SUS, conseguir um financiamento adequado e torná-lo efetivamente democrático.

A primeira é resgatar seus princípios e não aceitar propostas que mesmo tendo verniz de legalidade, atentam contra esses princípios. Me refiro às diversas formas precarizantes de contratação de trabalhadores, de gestão e gerência de serviços e de oferta desses serviços. O SUS caminha célere para ser inviabilizado pelas cooperativas e as diversas formas de terceirização de trabalhadores, pelas contratações de organizações sociais, OSCIPs e de “Parceiros Privados”, Fundações de Direito Privado, EBSEH e congêneres, bem como da massiva contratação de serviços privados de forma substitutiva aos serviços públicos. Esse, diferente do que muitos “sanitaristas” dizem, não é um debate de cunho legal mas sim político, ideológico e conceitual. Tudo isso pode ser “legal” mas são intrínseca e essencialmente contrários aos princípios do SUS.

Como alternativas sintonizadas com os princípios e diretrizes do SUS e sua proposta histórica e conceitual, precisamos defender e implantar a profissionalização da gestão com nossos próprios quadros, a contratualização direta dos nossos serviços com autonomia administrativa, política e financeira e a Carreira Única do SUS para seus trabalhadores em todo o país, devidamente pactuada entre os três níveis de governo, mantendo a autonomia de contratação para cada ente federado.

A segunda forma de buscar o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS é, com um processo de educação permanente, renovar, arejar e oxigenar os conselhos de saúde, abrindo as portas e ampliando os diversos espaços de participação para a sociedade desde os locais de trabalho e os bairros. A defesa do SUS deve ser tarefa da sociedade e não apenas dos seus trabalhadores e de setores mais organizados e isso só acontecerá com o envolvimento da sociedade de forma massificada. Os conselhos e as conferências de saúde não podem ser espaços burocratizados, dominados e aparelhados por grupos organizados e isso só acontecerá, de fato, com o pleno exercício da democracia participativa.”

Do ponto de vista de Ronald dos Santos,

“O agravamento do cenário de desmonte do SUS no governo Bolsonaro relaciona-se com a subversão da lógica adotada pela Constituição de 1988. Diferente da organização proposta pelo contrato social brasileiro, a cooperação está sendo substituída pela lógica de mercado, pelo espírito da concorrência. Insistem que a virtude do mercado faria com que o país se desenvolvesse. Isso tem destruído a presença do Estado nas diversas áreas. A reforma da previdência é um exemplo, e a subversão da lógica se aplica também à Saúde. Buscam implementar um sistema pobre para pobre, algo muito diferente do que estabelece a nossa Constituição, que traz a lógica da saúde como Direito de TODOS, que o cenário imposto pelo coronavírus mostra a importância da lógica “generosa” adotada pela Constituinte. “O Estado protetor é fundamental.

A mobilização do povo e da classe trabalhadora, que sofreu duro refluxo devido aos impactos do distanciamento social face à Covid-19, volta a irromper no cenário político, como vertente impulsionadora e decisiva dos movimentos em defesa da Vida e da Democracia e contra Bolsonaro, único caminho possível para a SUS seus princípios e diretrizes se concretizarem. A jornada vem em uma crescente, desde o 8 de Março, passando por um 1º de Maio Unitário, de largo espectro democrático, organizado pelo Fórum das Centrais Sindicais, e chegando às grandes mobilizações de 29 de maio e de 19 de junho convocadas por frentes de movimento sociais. Respeitando as normas sanitárias do país, elas marcaram a retomada do povo nas ruas, tendo como palavras de ordem unificadoras a defesa da vida, da democracia, da vacina, da educação, do emprego, do auxílio emergencial, da saúde e Fora Bolsonaro.

A homenagem que podemos fazer para as mais de 570 mil vítimas da COVID-19 é FORTALECER E APERFEIÇOAR O SUS E REMONTAR O COMPLEXO INDUSTRIAL DA SAÚDE. Uma das principais conquistas do povo brasileiro o Sistema Único de Saúde, que estabeleceu saúde como Direito e responsabilidade do Estado, com seu caráter universal, integral, público e gratuito, que atua na promoção, proteção e recuperação da saúde deve ser fortalecido e sua implementação aperfeiçoada a fim superar os desafios a ele impostos e garantir sua gestão pública, democrática e participativa, focada nas necessidades de saúde do povo.

A Emenda (in)Constitucional 95 viabilizou o afastamento do Poder Executivo Federal

de suas obrigações de garantir os direitos de cidadania ao impor até 2036 o teto de despesas primárias nos níveis de 2016 (portanto, não há teto para as despesas com pagamento de juros e amortização da dívida) e o piso no nível do “subsolo” para a saúde e educação – está congelado no valor dos respectivos pisos de 2017. Esse é o principal motivo que justifica a revogação da EC 95 e a retomada da luta para que a União aplique, no mínimo, 10% das suas receitas correntes brutas, rompendo com o crônico subfinanciamento e o recente desfinanciamento, sendo que o primeiro passo para isso já foi dado com a aprovação em primeiro turno da PEC01-D-2015 pela Câmara dos Deputados.

Outro passo importante poderia ser dado pelo Senado Federal com a aprovação da PEC 36-2020, que revoga o teto de gastos e o congelamento do piso da saúde, que seriam substituídos por outros critérios vinculados ao processo de planejamento do Estado brasileiro, inclusive com regras de transição para esse fim.

A cada novo dia do governo comandado por Jair Bolsonaro, presenciamos o crescimento do número de vítimas da tragédia sanitária e o aprofundamento da crise econômica, política e institucional que perturba o país. Após o fracasso da empreitada golpista no 7 de setembro ele recuou das ameaças contra o STF. Mas não demorou muito para voltar a exhibir seu DNA fascista;

Nos EUA, com seu discurso na abertura da Assembleia Geral da ONU, em 21 de setembro, que foi recheado de mentiras, patrocinou espetáculos grotescos, submetendo o Brasil a dias de doloroso vexame internacional.. Afirmou que seu governo patrocina um auxílio emergencial de US\$

800,00, valor equivalente a R\$ 4,5 mil; que protege o meio ambiente e é amigo dos indígenas; que o Brasil estava às portas do socialismo antes de sua posse. Disse que a economia brasileira vai de vento em popa e atribuiu a governadores e prefeitos a culpa pela carestia, não só no Brasil, como “em todo o mundo”. Fez questão de exibir seu negacionismo e prescrever remédios ineficazes para o tratamento da Covid-19.

As fantasias reacionárias do chefe da extrema direita traduzem uma completa inversão da realidade. No Brasil real, a fome já castiga cerca de 20 milhões e ronda os lares de 117 milhões de brasileiros e brasileiras. A renda média do trabalho é a mais baixa desde 2017 e cerca de 33 milhões de pessoas estão desempregadas, desalentadas ou subempregadas. Nada menos que 2 milhões de famílias (41 milhões de pessoas) foram lançadas à condição de extrema pobreza entre janeiro de 2019 e junho deste ano.

Aos dramas do mercado de trabalho, marcado também pela crescente precarização, aliam-se a carestia, a estagflação, a crise hídrica, a fuga de capitais, a alta do dólar e a tragédia sanitária, com o Brasil hoje se aproximando de 600 mil mortes pela Covid-19 e uma média ainda superior a 500 mortes por dia. Tudo isto é coroado por um assombroso esquema de corrupção descoberto pela CPI da Covid, envolvendo negociações para aquisição das vacinas indianas covaxin e astrazeneca com a intermediação de empresas comandadas por empresários picaretas como a Prevent Senior, a Precisa e o FIB Bank.

Os fatos mostram que a permanência de Bolsonaro na Presidência da República

cobra ao povo um preço muito alto e deve ser interrompida para o bem da nação, por esta razão é central a campanha Fora Bolsonaro. Afastar Bolsonaro é, neste momento, a principal tarefa de quem defende o SUS, a Vida e o Brasil.

Para alcançar esses objetivos, é imperioso ampliar os movimentos, incorporando novas forças políticas e concretizando a formação de uma frente ampla na campanha Fora Bolsonaro, à margem e acima das diferenças partidárias e ideológicas;

Fundamental também atualizar a agenda da classe trabalhadora, com lugar central da defesa do SUS, aprovada no 2º CONCLAT, realizado em junho de 2010, e elaborar uma plataforma unificada para as eleições de 2022 afim de barrar o retrocesso e o perigo fascista e criar condições para a retomada de um novo projeto nacional de desenvolvimento, com democracia, soberania e valorização do trabalho, do meio ambiente e da Vida.”

ALGUMAS SÍNTESES POSSÍVEIS...

Diante do grave retrocesso da situação política brasileira, bem como das várias repercussões das crises econômica, social e sanitária derivadas, em grande medida, das respostas governamentais à crise estrutural do capitalismo e suas consequências sobre as relações sociais e o meio ambiente que, neste momento, recaem sobre o conjunto da classe trabalhadora, mas, de forma mais contundente, ameaçam as condições de vida e saúde dos setores mais oprimidos da sociedade, mulheres, negras e negros, LGBTQIA+ e o conjunto dos povos originários, a necessidade de fortalecimento dos espaços de mobilização e participação política das maiorias sociais e de defesa dos direitos so-

ciais fundamentais torna-se tarefa estratégica das organizações e movimentos sociais.

Neste sentido, a luta em defesa do SUS como componente de uma estratégia de ampla reforma social, derivada da experiência histórica brasileira de busca de conformação de um modelo de sistema de saúde além de universal, integral, equânime, gratuito e de qualidade, amplamente democrático e participativo, apresenta-se como uma consigna indispensável para os lutadores sociais e suas organizações e a importância do CNS, nesta empreitada, como visto nas análises de suas direções, não pode ser de pequena monta.

Tal perspectiva, exige como tarefa cotidiana, que se reflita e se construa coletivamente alternativas de enfrentamento ao vários problemas estruturais e conjunturais impostos ao conjunto da população que tem no sistema público sua única via de acesso à atenção e ao cuidado em saúde. A análise da situação política brasileira, vista da perspectiva de suas direções no setor saúde, não deixa margem a dúvidas sobre a necessidade de que tais tarefas diárias, por mais que componham, à primeira vista, ações mínimas, setoriais, são muito importantes e precisarão ser incorporadas a agenda de lutas mais geral, como parte de um programa de reformas sociais mais amplas. É neste sentido que as várias ações que expressam a luta contra o subfinanciamento crônico e o desfinanciamento crescente do SUS decorrente da EC 95 travada em espaços como a COFIN, por exemplo, assume importância política estratégica. É também neste sentido que a defesa efetiva do SUS exige que se hierarquize como prioritária a luta contra o governo Bolsonaro e sua agenda política de matiz neofascista e ultraliberal.

Colocada como tarefa histórica das direções das várias organizações e movimentos da classe trabalhadora, nos vários espaços sociais em que estas atuam, a defesa do direito universal à saúde

que tem como mediação política fundamental a defesa do SUS, exigirá, também de forma mediada, que as possibilidades instituintes de espaços como o do CNS se sobreponham aos rígidos contornos institucionais de modo que a defesa dos direitos sociais e democráticos das maiorias sociais assumam o centro da agenda política e organizativa destes espaços, tornando-os polos atrativo e instrumentos efetivos de mobilização e luta destas maiorias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: L8142 (planalto.gov.br). Acesso em 9 out. 2021.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: resolucao_333.pdf (saude.gov.br) Acesso em 10 out. 2021.

_____. **Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006**. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: Decreto nº 5839 (planalto.gov.br) . Acesso em 9 out. 2021.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: Conselho Nacional de Saúde (saude.gov.br). Acesso em 10 out. 2021.

_____. [Constituição (1988)]. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: Emenda Constitucional nº 95 (planalto.gov.br). Acesso em: 10 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde - Histórico**. Disponível em: Conselho Nacional de Saúde - Histórico (saude.gov.br). Acesso em: 12 out. 2021.

CHESNAIS, F. As raízes da crise econômica mundial. **Em pauta**, Rio de Janeiro, n. 31, v. 1, p. 21-37, 2013.

FUNCIA, F. R. Coronavírus e o Desfinanciamento do SUS: revogar EC 95/2016 já!. **Revista Eletrônica Domingueira da Saúde** Gilson Carvalho. Disponível em: Domingueira Nº 12 - Março 2020 | IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado . Acesso em: 12 out. 2021.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais: Acompanhamento e análise – Saúde. **BPS nº 28**. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bps28/saude>.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. 2. Ed. Rev. e ampliada. – São Paulo: Boitempo, 2011.

ÍNDICE REMISSIVO

C

COFIN 7, 8, 15, 16, 17, 18, 23, 24, 27, 42, 43, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 65, 67, 68, 103, 104, 119, 122, 127, 133, 134, 149, 153, 155

Conselho Nacional de Saúde/CNS 7, 8, 11, 12, 15, 16, 18, 21, 23, 24, 29, 31, 35, 37, 41, 45, 46, 47, 53, 54, 55, 57, 59, 60, 63, 65, 66, 68, 69, 75, 77, 79, 83, 84, 89, 90, 93, 94, 103, 104, 119, 127, 133, 141, 142, 144, 149, 153, 154

Covid-19 8, 11, 17, 38, 41, 42, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 92, 93, 95, 139, 143, 147, 148

D

desfinanciamento 15, 17, 18, 22, 23, 25, 36, 37, 39, 41, 43, 77, 85, 93, 100, 103, 104, 108, 120, 134, 135, 137, 138, 147, 149

desigualdade 46, 76, 105, 135

E

equidade 21, 46, 105, 137, 138

F

financiamento da saúde 7, 8, 15, 31, 32, 33, 42, 106, 119, 123

financiamento do SUS 7, 8, 16, 17, 18, 22, 27, 36, 37, 40, 42, 45, 54, 84, 85, 95, 104, 106, 110, 112, 114, 119, 120, 121, 123, 134, 136

M

Movimento Saúde + 10 17, 46, 47, 48, 49, 50

P

pandemia 8, 15, 17, 41, 42, 64, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 84, 85, 86, 88, 91, 92, 93, 95, 105, 119, 123, 135, 136, 138, 139, 141, 143, 144

R

recursos financeiros 25, 29, 31, 69, 85, 86, 91, 94, 98, 99, 101, 136, 142

Rede Conselhos do SUS 11, 17, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68

S

saúde da população 36, 37, 38, 39, 42, 77, 78, 87, 89, 93, 100, 106, 120, 134, 138, 145

subfinanciamento da saúde 32, 109, 120

SUS 4, 7, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 127, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 153, 154, 155, 156

T

teto de despesas primárias 38, 39, 71, 85, 147

V

Vigilância em Saúde 127, 142, 143, 153, 155

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

Aldinéia Machado Gomes - 55 anos de idade, educadora popular, conselheira estadual de saúde e coordenadora estadual da comissão intersetorial de saúde do trabalhador e trabalhadora (CISTT) do Amapá, cursa, no momento, licenciatura plena em Pedagogia na Universidade Federal do Amapá (Unifap) – período 2018/2022. Já cursou na mesma universidade o curso de Políticas públicas para as Mulheres/UNIMULHER. Também cursou na Universidade Fluminense o curso de extensão em Gênero, Políticas Públicas e participação na política. Possui 32 anos de militância nos movimentos sociais na luta pela emancipação das mulheres, direitos humanos e saúde. Foi, em 1996, uma das fundadoras das 16 associações de mulheres que existem no estado do Amapá. Também, em 1998, ajudou a fundar a Federação de Mulheres do Estado do Amapá-FEMEA, tendo sido sua primeira vice-presidente. Em 2009 foi eleita secretária geral da instância estadual da Federação das Entidades Comunitárias do Amapá-FECAP/CONAM. Em 2010 foi eleita para a coordenação do Fórum PAN-AMAZÔNICO/Amapá, cargo que ainda ocupa. Foi conselheira estadual de Políticas públicas para as mulheres do Amapá, no período de 2011 a 2015 e reeleita agora em 2021. De 2011 a 2017 foi conselheira da Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM) e conselheira municipal de saúde de Macapá e primeira Coordenadora da CISTT de Macapá. Nesse último ano coordenou a Conferência de Vigilância em Saúde de Macapá.

André Luiz de Oliveira - Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Uberlândia - UFU (1996), Residência Médica em Cirurgia Geral na UFU (1998/1999), MBA em Gestão, Administração e MKT em Saúde pela ECA-USP (2004) e mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (2005). Representante da CNBB e integrante da mesa diretora do Conse-

Iho Nacional de Saúde e Coordenador da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde – COFIN.

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior - Ciências Contábeis e especialista em Finanças pela Universidade Federal de Santa Catarina, assessor técnico e coordenador de administração e de finanças do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, representante do CONASS na Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde, desde maio/2020.

Blenda Leite Saturnino Pereira - Assessora técnica em Economia da Saúde do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS. Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Membro da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde

Bruno Moretti - Possui graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal Fluminense (2002), mestrado em Economia da Indústria e da Tecnologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2004) e doutorado em Sociologia pela Universidade de Brasília (2012). Tem pós-doutorado pelo Departamento de Sociologia da UnB. É servidor da carreira de planejamento e orçamento do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. e assessor no Senado Federal;

Carlos Octávio Ocké-Reis é economista do Ipea, doutor em saúde coletiva IMS/UERJ e pesquisador do Ipea. Autor do livro "SUS: o desafio de ser único" (Editora Fiocruz, 2012);

Claudio Ferreira do Nascimento - Cirurgião dentista graduado pela Universidade Federal do Ceará (1996). Servidor da Prefeitura Municipal de Fortaleza - PMF desde 2006. Coordenador do Sindicato dos Odontologistas do Estado do Ceará - SINDIODONTO desde 2010. Conselheiro Nacional de

Saúde desde 2017. Mestre em Saúde da Família pela RENASF / UECE (2020).

Erika Santos de Aragão - Professora do Instituto Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde –Abres, Representante da Abrasco na Co-fin;

Fernando Zasso Pigatto – Presidente do CNS (2018-2021).

Francisco Rózsa Funcia - Economista e Mestre em Economia Política (PUC-SP), Pesquisador do Observatório de Políticas Públicas, Empreendedorismo e Conjuntura da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Consultor-Técnico da Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS, Vice-Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde;

Ianna Oliveira Sousa - Enfermeira, Mestre em Saúde da Família RENASF/UECE.

José Maria Ximenes Guimarães - Sanitarista, Doutor em Saúde Coletiva (UECE). Professor visitante da Universidade Estadual do Ceará.

Lenir Santos - Advogada, Especialista em Direito Sanitário pela USP, Doutora em saúde pública pela Unicamp, Professora colaboradora da Unicamp no departamento de saúde coletiva, Presidente do Idisa Instituto de Direito Sanitário Aplicado

Lizandra Nunes Coelho Conte - Graduada em Administração de Empresas, pós-graduada em Gestão de Pessoas e Bioética pela UNB, assessora técnica do Conselho Nacional de Saúde.

Luís Eugenio Souza - Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO e Conselheiro Nacional de Saúde (2012-2015).

Rodrigo Benevides - economista graduado pela UFRJ, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de

Medicina Social da UERJ e especialista em políticas públicas e gestão governamental em exercício no IPEA;

Ronald dos Santos Ferreira - Farmacêutico e mestre em Farmácia pela UFSC, Presidente do Conselho Nacional de Saúde (2015-2018), Presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos, diretor do SINDFAR-SC, Conselheiro Estadual de Saúde e integrante do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES-SC).

Ruth Ribeiro Bittencourt - Graduada em Serviço Social pela UFRJ, mestre em Políticas Sociais e Serviço Social pela UFPE, professora aposentada da Universidade Estadual do Ceará- UECE. Conselheira nacional do Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. Compõe a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e relações de trabalho (CIRHRT) e a Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Participa do Fórum das entidades nacionais dos trabalhadores em Saúde (FENTAS) e da Frente Nacional de combate a privatização da Saúde (FN-CPS).

Suetônio Queiroz de Araújo - Graduado em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Estadual da Paraíba. Doutorando e Mestre em Saúde Coletiva (UnB), especialista em Gestão e Auditoria no Sistema Único de Saúde (SUS).

Wanderley Gomes da Silva - tinha 59 anos, nasceu em Conselheiro Lafaiete (MG), deixa a esposa Aldineia Machado e três filhos Militante dos movimentos de saúde e dos Direitos Humanos, representava no Conselho Nacional de Saúde (CNS) a Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM), entidade que articula as associações comunitárias no Brasil. Wanderley era filiado ao Partido Comunista do Brasil (PCdoB) e, no CNS, atuava, também, na comissão organizadora da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena,

evento que une os povos indígenas do Brasil para aprimoramento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Ele foi coordenador da Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento (COFIN) do CNS, entre 2016 e 2018, e atuou na coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Atualmente integrava o Grupo de Trabalho com a finalidade de produzir subsídios para construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), além de atuar como coordenador adjunto da Comissão Intersectorial de Vigilância em Saúde (CIVIS) do CNS. Em nota, o Conselho Estadual de Saúde do Amapá, do qual também fazia parte, a Secretaria de Saúde e o Governo do Amapá, publicaram que ele era “um dos mais valorosos combatentes em defesa das políticas públicas por ter dedicado sua vida à luta pela justiça social”. Grande defensor do Sistema Único de Saúde (SUS), Wanderley é mais uma vítima do descaso de um governo que aposta em políticas de morte, em vez de assumir as medidas necessárias para enfrentar a maior crise sanitária instalada em nosso país, que leva diariamente milhares de vidas. A maioria dessas mortes seria evitada se o governo federal acatasse os atos normativos deliberados pelo controle social na saúde.

O Financiamento do SUS: uma luta do
controle social



*Todos os autores tiveram contribuições
por igual na construção dos textos.*

