

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - MESTRADO**

FERNANDA REGENSBURGER POLETTO

**A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM
JOAÇABA - SC:
UM ESTUDO SOBRE SEU FINANCIAMENTO**

FLORIANÓPOLIS – SC

2007

FERNANDA REGENSBURGER POLETTO

**A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM JOAÇABA - SC:
UM ESTUDO SOBRE SEU FINANCIAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Estado, Sociedade Civil e Políticas Sociais.

Orientadora: Profª Drª Beatriz Augusto de Paiva.

FLORIANÓPOLIS – SC

2007

FERNANDA REGENSBURGER POLETTTO

**A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM JOAÇABA - SC:
UM ESTUDO SOBRE SEU FINANCIAMENTO**

Dissertação submetida à avaliação da Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Serviço Social e aprovada, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Programa de Pós-graduação em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Beatriz Augusto Paiva (UFSC)

Profª Drª Ivete Simionatto (UFSC)

Profª Drª Kátia Regina Frizzo (UNOESC)

FLORIANÓPOLIS – SC

2007

*Ao meu querido **Fabiano**, companheiro e amante, pela compreensão, cooperação, estímulo, disponibilidade e paciência, com muito amor.*

*Aos meus queridos pais, **Fernando e Marinês**, exemplos de vida, com carinho e gratidão.*

*Aos meus amados irmãos, **Joana, Ferdinando e Bruna**, elo de afeto e amizade, sempre.*

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito... não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser. Mas, graças a Deus, não somos o que éramos”. **Martin Luther King**

AGRADECIMENTO

Neste processo de constante construir e aprender, que ora se apresenta nesta produção acadêmica, gostaria de registrar meu profundo agradecimento às pessoas que, de alguma forma ou de outra, fizeram parte deste cenário e que sem elas possivelmente este trabalho teria sido mais dificultoso.

Agradeço com fervor a professora e orientadora deste trabalho, Dr^a Beatriz Augusto de Paiva, por me desafiar a aprender e superar meus limites. Obrigada pela oportunidade de usufruir sua companhia e seus conhecimentos nesta trajetória. Registro, minha admiração e o reconhecimento.

À professora Dr^a Kátia Regina Frizzo, que contribuiu para despertar o meu interesse e minha dedicação pela vida acadêmica e intelectual. Além, da sempre presteza e dedicação nos momentos de dificuldades.

Às professoras Ivete Simionatto, Vera Ribeiro Nogueira, e Heloísa Maria José de Oliveira, pelas valiosas contribuições nas magistradas aulas e em nome delas agradeço à todos os professores do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Ao talentoso contador Juliano Matzenbacher, pela formidável dedicação e por me ajudar a compreender os dados financeiros.

Aos dirigentes, amigos e colegas de trabalho da Unoesc que compartilharam diária e solidariamente com os meus esforços divididos entre o mestrado e o trabalho.

À minha brilhante família, parte da minha vida, pela presença de sempre.

RESUMO

POLETTO, Fernanda Regensburger. *A política pública de saúde em Joaçaba – SC: um estudo sobre seu financiamento*. **Dissertação de Mestrado em Serviço Social**. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2007. Orientadora: Dr^a Beatriz Augusto de Paiva.

Este trabalho tem como objeto de pesquisa a composição do financiamento e a magnitude do gasto da política de saúde de uma esfera municipal, frente às diretrizes da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, que instituíram o Sistema Único de Saúde – SUS. Esse estudo parte da recuperação e análise histórica da seguridade social, em especial da política de saúde, privilegiando o recorte empírico pelo deciframento da lógica política do financiamento da saúde durante o quadriênio que vai de 2001 à 2004, período que corresponde uma completa gestão municipal e com o curso de mestrado, iniciado desde então. O propósito maior desdobra-se, também, em demonstrar as alterações substantivas dos modelos de saúde e de estrutura de financiamento e de organização que implicam no provimento dos direitos sociais na sociedade brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram da combinação de dois planos de análise complementares: o primeiro, com levantamento bibliográfico; e o segundo, com análise detalhada da composição do financiamento e a magnitude do gasto público municipal em Joaçaba - SC. Para efeito de apreciação da estrutura de gastos da saúde, foram incorporadas as considerações de Eduardo Fagnani (1998, p.121) a respeito da avaliação das políticas públicas, com base nos seguintes indicadores de análise: a) “direção do gasto social”, para onde foram dirigidos os recursos aplicados; b) “magnitude do gasto social”, se os recursos previstos são compatíveis com a dimensão das demandas; c) “natureza das fontes de financiamento”, tendo em vista a análise sobre o seu potencial redistributivo. O trabalho tem como suporte três eixos, a fundamentar o objeto de estudo. O primeiro eixo aborda os parâmetros histórico-políticos da seguridade social e seu orçamento. O segundo eixo enfoca os a questão do financiamento da saúde e sua fragmentação como direito social e política pública. O terceiro eixo complementa o investimento sobre o objeto, com a análise sobre a estrutura de financiamento da saúde do município de Joaçaba- SC, adotado como referência para o exame dos dados quantitativos e qualitativos. Diante dos resultados, a questão mais grave no que se refere ao gasto com saúde, está localizada no financiamento do sistema, ou seja, na insuficiência dos montantes alocados para fazer frente ao desafio de assegurar o direito à saúde de forma universal e integral. Assim, o SUS real está longe do SUS constitucional.

Palavras-chave: Seguridade Social, Política de Saúde, Financiamento da Saúde.

ABSTRACT

POLETTO, Fernanda Regensburger. *Health Public Politics in Joaçaba-SC: a study about its financing. A Master Course Dissertation on Social Work*. Florianopolis: UFSC/CSE/PGSS,2007. Orientation: Beatriz Augusto de Paiva.

The research topic of this paper is the financing composition and the health politic expense magnitude in a municipal sphere, according to the 1988 Federal Constitution directives and the Health Fundamental Law, which have set up the Public Health System – SUS. This study starts from the recovery and the social security historical analysis specially the health politics, favoring the theoretical scenery by interpreting the health financing politics logical during the period from 2001 to 2004, which corresponds to a entire municipal administration and to a master course period, started since then. The most important purpose is also displayed, to demonstrate the substantive alterations of the health models and the financing and organization structure which imply the supply of social rights in the Brazilian society. The methodological proceedings of the research were evident by the combination of two complemental analysis plans: the first one, on the bibliographic survey; and the second one, on a detailed analysis of the financing composition and the municipal expense magnitude in Joaçaba-SC. According to the valuation on health expense structure, Eduardo Fagnani's (1998,pg.121) considerations about the evaluation on public politics, based on the following analysis indexes: a) "social expense management", where the adapted resources were addressed to; b) "social expense magnitude", if the cost estimates are compatible with the demand dimension; c) "financing sources nature", considering the analysis of its redistributive potential. This paper has as base three topics, to establish the study goal. The first topic refers to the political-historical parameters of the social security and its cost estimate. The second topic focuses on health financing issue parameters and its fragmentation as social right and public politics. The third topic complements the investment on the object, with the analysis of health financing structure in Joaçaba-SC, taking as reference for the analysis of quantitative and qualitative data. According to the results, the most important issue which refers to the expense on health, has been the issue about the system financing, or else, the lack of cost estimate to make sure of the rights to health in an universal and integral way. Thus, the everyday SUS has been far away from the constitutional SUS.

Key-words: Social Security, Health Politics, Health Financing.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 Comparativo da Distribuição Total dos Gastos Públicos Municipais | 65 |
| Gráfico 2 Comparativo dos Valores Orçados por Área e Ano | 67 |
| Gráfico 3 Comparativo dos Valores Executados por Área e Ano | 67 |
| Gráfico 4 Comparativo de Valores Orçados e Executados por Ano na Saúde | 68 |
| Gráfico 5 Evolução do Percentual Mínimo dos Recursos Próprios (Municipais) Gastos com Saúde | 69 |
| Gráfico 6 Comparativo das Fontes de Financiamento da Saúde | 71 |
| Gráfico 7 Comparativo dos Valores Executados por Sub-Função na Saúde | 72 |
| Gráfico 8 Evolução dos Valores Realizados com Saúde Per Capita em Joaçaba | 77 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 Composição das Fontes Fiscais | 25 |
| Quadro 2 Composição das Contribuições Sociais | 26 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1 Percentuais Mínimos de Vinculação Orçamentária para o SUS, nos Termos da EC-29..... | 56 |
| Tabela 2 Distribuição dos Gastos Públicos por Área | 65 |
| Tabela 3 Orçamento da Saúde, Assistência Social e Educação | 66 |
| Tabela 4 Distribuição das Despesas de Saúde Realizadas entre 2001 e 2004... | 72 |
| Tabela 5 Comparativo dos Valores Executados por Sub-Função | 73 |
| Tabela 6 Comparativo de Gastos com Saúde por Habitante..... | 75 |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 17 |
| 2 | A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL | 19 |
| 2.1 | A SEGURIDADE SOCIAL | 19 |
| 2.1.1 | Processo Histórico | 19 |
| 2.1.2 | Orçamento da Seguridade Social | 22 |
| 2.2 | A POLÍTICA DE SAÚDE | 28 |
| 2.2.1 | Modelos de Saúde no Brasil | 28 |
| 2.2.1.1 | Modelo das Campanhas Sanitárias | 28 |
| 2.2.1.2 | Modelo Sanitarismo Campanhista | 29 |
| 2.2.1.3 | Modelo Médico-Assistencial Privatista | 30 |
| 2.2.1.4 | Modelo Plural | 32 |
| 2.2.2 | Organização e Gestão dos Serviços de Saúde | 36 |
| 2.2.2.1 | Instrumentos de Gestão | 37 |
| 2.2.2.2 | As Normas Operacionais | 41 |
| 3 | O FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE | 52 |
| 3.1 | AS FONTES DE FINANCIAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE | 53 |
| 3.1.1 | A Emenda Constitucional Nº 29 / 2000 | 56 |
| 3.1.2 | Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops | 57 |
| 3.2 | FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM JOAÇABA -SC | 58 |
| 3.2.1 | Caracterização de Joaçaba - SC | 60 |
| 3.2.2 | Os grandes números do gasto social em Joaçaba - SC | 62 |
| 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 79 |
| | REFERÊNCIAS | 83 |
| | ANEXOS | 90 |

1 INTRODUÇÃO

A seguridade social composta pelas políticas públicas de saúde, assistência e previdência social se inscreve como uma das mais relevantes conquistas da sociedade brasileira, afiançada nos artigos 194 até 204 da Constituição Federal de 1988, que garantiu, entre outros, os princípios da universalidade, da participação e do controle social público (PAIVA, 2003).

A noção de seguridade social implica, assim na universalidade da cobertura no campo da proteção social. Sposati (1995) assevera que a concepção de seguridade social prevê que todos tenham acesso a um conjunto de seguranças, que cubram, reduzam ou previnam os riscos e as vulnerabilidades sociais.

Assim, sinalizou possibilidades de expandir as ações e o alcance das mesmas, consolidar mecanismos mais sólidos e equânimes de financiamento e estabelecer um modelo de gestão capaz de dar conta das especificidades que cada área possui, mantendo o espírito central de uma proteção universal, democrática, distributiva e não-estigmatizada (VIANNA, 1999).

Integrando este sistema, os serviços de saúde seguem as diretrizes de universalização, descentralização, de financiamento equitativo, de comando único em cada esfera de governo, de atendimento integral e de participação comunitária, que podem ser considerados elementos institucionais e organizacionais que viabilizarão a concepção de direito aprovada pela Assembléia Constituinte (NOGUEIRA, 2002, p. 17).

Notadamente, no âmbito da política de saúde, a primeira metade dos anos 1990 se caracterizou pela aprovação de dispositivos constitucionais relacionados à descentralização do sistema, regulamentada através das Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990, e posterior detalhamento mediante as Normas Operacionais Básicas – NOB do SUS.

No entanto, cabe reconhecer, que nesta mesma década, conforme pontua José Paulo Netto (1996) foram engendradas novas determinações para as políticas sociais no Brasil com a implementação do projeto neoliberal.

Para Noronha e Soares (2001) as razões do surgimento desta tendência encontra-se no agravamento da crise econômica e no esgotamento do Estado Desenvolvimentista brasileiro.

Recessão, déficit público, inflação, crise fiscal, abertura do mercado externo (importações) entre outros, agravaram os desequilíbrios estruturais diminuindo recursos e aumentando as necessidades por proteção, acentuando com absoluto rigor o enxugamento do Estado e sua desvinculação na oferta de benefícios e serviços públicos.

Nesta lógica neoliberal, caberia ao Estado a tarefa de garantir um mínimo aos severamente miseráveis, destinando para o setor privado o atendimento pela via do acesso aos serviços no mercado (BRAVO; MATOS, 2001).

Os anos de 1990 foram um período de desmonte das políticas sociais, que contribuíram para a elevação dos níveis de pobreza e exclusão social e o encolhimento dos direitos sociais e trabalhistas.

De acordo com Pereira (2001), a preocupação maior está em o Estado responder aos interesses do capital internacional, que segue uma política constante de ajustes e reajustes da economia nacional. Isto tem conduzido à recessão, ao desemprego, que encaminham as políticas públicas para a privatização/terceirização (justificando assim os cortes nas verbas públicas) e à transformação do setor saúde (doença, na verdade) em um nicho inesgotável de lucro (mercadoria). Sem dúvida, o resultado desse período é um brutal desmantelamento do setor público como um todo, a ausência de cidadania diante da des-regulação dos serviços públicos, totalmente sucateados, e uma demanda que necessita desses serviços para sua sobrevivência (NORONHA; SOARES, 2001, p. 216).

Essas transformações ocorridas na sociedade imputaram ao Estado brasileiro a necessidade de um reordenamento das políticas sociais, através da criação de novas formas de enfrentamento da “questão social”; no campo da saúde essa redefinição aparece com a deteriorização do cumprimento das responsabilidades estatais de promover políticas de atendimento a saúde voltadas a todos cidadãos brasileiros, conforme inscreve a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196 e 198¹.

A tese neoliberal requisitou o desmantelamento de direitos até então conquistados, através da proposição de ajustes econômicos face à globalização da

¹ Nos artigos 196 e 198 da Constituição Federal está assegurada a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doenças e de outros agravos e acesso universal e igualitário as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, através de um Sistema Único de Saúde descentralizado, com atendimento integral com primazia da participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL; 1988).

economia, vista como necessária para colocar o Brasil no eixo das relações internacionais. Esses rearranjos econômicos sucatearam o setor público levando ao esfacelamento das políticas sociais, pautadas em cortes drásticos de recursos para seu financiamento (LAUREL, 1997).

A gravidade do quadro econômico e social do Brasil, associada ao nível de desfinanciamento e de precarização do sistema de proteção social, historicamente acumulado, têm se configurado no desmonte da cidadania, em termos do usufruto de direitos básicos e universais para a grande maioria da população brasileira, sobretudo para os que vivem na pobreza.

Assim, como especial contributo para o debate sobre a proteção pública universal no campo das necessidades sociais, se torna imperativa a reflexão sobre as regulações e os constrangimentos do financiamento público destinado às provisões sociais consagradas pelo sistema de Seguridade Social e, por conseguinte, do direito à saúde dos brasileiros.

A questão do financiamento da saúde ocupa, no cenário internacional, lugar protagônico nas discussões setoriais. As razões dessas preocupações estão ligadas, de um lado, aos crescentes custos dos serviços de saúde e, de outro, à constatação do baixo impacto que esses recursos têm tido nos níveis de saúde das populações (MENDES, 1996, p.149).

O debate, tanto no campo técnico, quanto no político, padece de bases empíricas sólidas que possam sustentar uma discussão objetiva. No Brasil, há uma grande carência de informações e reflexões sobre o financiamento e os gastos em saúde.

O financiamento e o gasto com as políticas públicas de saúde constituem-se como imperativos instrumentos para o processo de construção e avaliação do Sistema Único de Saúde – SUS. Esse desenho enseja a discussão sobre o volume de recursos para o financiamento do SUS e a magnitude do gasto da saúde.

Assim, este trabalho pretende analisar a composição do financiamento e a magnitude do gasto com a política de saúde de Joaçaba, município do meio oeste catarinense.

Na década de 1990, com a necessidade de implantação da CF/88, significativas mudanças vieram a ocorrer, no que diz respeito ao modelo de financiamento e de promoção de políticas sociais. Aponta-se também para a alteração do modelo de organização do sistema de saúde, na busca do

fortalecimento da descentralização estatal, induzidos por alteração no modelo de financiamento previamente existente.

A procura de aperfeiçoamento do pacto federativo no campo da saúde resultou na elaboração da NOB 01/96, que redimensiona as atribuições das três esferas de governo, na tentativa de melhorar o papel dos estados e os mecanismos de coordenação e articulação das ações de municípios, estados e União.

Neste sentido, a NOB 01/96 introduz mudanças no financiamento da saúde que, por este ser ainda baseado fortemente nos recursos federais, colocam em jogo a autonomia estadual e municipal em termos de gastos em saúde.

A vinculação de recursos no orçamento da seguridade social e na Emenda Constitucional nº 29 de 2000 expressam a tentativa de sobrevivência e de garantia da estabilidade de relações intergovernamentais próprias ao campo da saúde, que buscam sua afirmação num contexto de ajuste fiscal e de reforma tributária permanente.

O financiamento do sistema tem sido um dos grandes desafios, pois, é contraditório com o modelo econômico dominante no país desde a década de 1990. O modelo assistencial centrado na doença e em procedimentos médicos geram respostas inadequadas ou insuficientes, com sérias distorções na forma do financiamento da saúde, ainda relacionada em grande medida com a oferta e produção de serviços não só públicos mas também privados (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005).

Ao considerarmos a composição do financiamento e a magnitude do gasto da política de saúde em Joaçaba, frente às diretrizes do SUS, como nosso objeto de estudo, entendemos que é a partir da análise do financiamento que podemos verificar se a construção de um sistema está garantindo o direito no campo da saúde, haja vista que o grande desafio é o desenvolvimento de mecanismos de alocação que venham garantir a eficiência e a equidade no financiamento das políticas e ações de saúde.

Nessa perspectiva, a presente dissertação de mestrado tem como objeto de estudo a composição do financiamento e a magnitude do gasto da política de saúde em Joaçaba, frente às diretrizes do SUS e a garantia do direito à saúde, na gestão 2001-2004.

Entendemos que um dos pontos mais complexos do SUS é justamente a questão do seu financiamento público. Neste sentido, se faz necessário uma ampla

discussão sobre o referido tema a fim de propiciar melhor domínio e controle dos processos decisórios, referentes aos respectivos gastos públicos.

Partindo destas premissas, esta dissertação aspira ao debate crítico do financiamento da política de saúde justamente para contribuir no enfrentamento de desafios que estão postos na realidade.

Ressalta-se a relevância do estudo, haja vista que a questão do financiamento tornou-se ponto crucial para permitir o processo de implementação do SUS, proposto pela Constituição Federal de 1988.

Ainda que a análise da implementação de uma política social não possa se dar apenas pela via da execução orçamentária, sabemos que esta é a condição para que aquela se efetive e garanta o acesso do cidadão aos bens e serviços públicos. Sem recursos financeiros e humanos não há política social. Assim, entendemos que o monitoramento dos gastos públicos com políticas e programas sociais é um importante (embora não único) mecanismo de controle social.

Sendo a saúde uma política pública, seus objetivos finalísticos exigem rigores técnicos de grande burilamento, mas também de elaborada natureza conceitual, capazes de conferir-lhes ampla organicidade do ponto de vista da sua estrutura financeira, administrativa e funcional.

Esse recorte acadêmico tem merecido especial dedicação por parte do Serviço Social brasileiro, com a sedimentação de importantes produções realizadas nos mestrados e doutorados nessa área. Em tais estudos, está explícito o vínculo orgânico entre o Serviço Social e as requisições político-institucionais advindos da modelagem e da implantação das políticas sociais em geral e, em decorrência, da saúde. Uma expressão da importância desse contributo é o inegável protagonismo que o Serviço Social, como profissão vem desempenhando no campo da política pública de saúde, sobretudo no âmbito da sua formulação e realização como expressão universalista do direito à seguridade social (PAIVA, 2003, p. 22).

Nesse sentido, a dissertação que ora se apresenta é também fruto dessa dupla trajetória da profissão, cujo ângulo privilegiado, o do Serviço Social, certamente está a distinguir este estudo no contexto do debate sobre as políticas sociais.

Justifica-se a relevância do estudo na medida em que, ainda, está em curso no país o processo de implementação do SUS, muito embora sua regulamentação legal ultrapasse há uma década. Assim, o estudo permitirá a análise da política de

financiamento como sinalização essencial, acentuando-a como a principal estrutura categorial de verificação das tendências de implementação da garantia de serviços de saúde para a população.

A escolha de tal núcleo temático corresponde, pois, à estratégia teórico-metodológica aqui adotada: a de eleger um processo ou fenômeno que esteja fundamentalmente ligado à gênese do movimento real de garantia de serviços de saúde.

Diante do exposto, definiu-se como objetivo geral analisar a composição do financiamento e a magnitude do gasto da política de saúde em Joaçaba, frente às diretrizes do SUS e a garantia do direito à saúde, na gestão 2001/2004, uma vez que este é o território onde vivo e atuo profissionalmente.

E ainda, como objetivo específico: 1) Identificar quais foram às fontes de financiamento, sobretudo, especificando sua natureza: recursos fiscais, recursos auto-sustentados e contribuições sociais; 2) Comparar os valores orçados (planejamento orçamentário) com os valores executados (prestação de contas); 3) Analisar a composição e a magnitude do gasto, a fim de esclarecer se os recursos previstos/investidos são compatíveis às necessidades de saúde da população, apresentadas ano a ano nos planos municipais de Joaçaba.

Nesse sentido, elegemos os seguintes documentos: Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080/90, Lei nº 8.142/90, Normas Operacionais Básicas, Emenda Constitucional nº 29/2000, Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO, Leis Orçamentárias Anuais – LOA, Plano Plurianual Municipal e Relatórios de Prestação de contas da saúde.

Em termos da definição dos dados orçamentários, lançaremos mão das informações referentes à esfera federal, estadual, e, principalmente, municipal, demarcada como universo empírico da pesquisa pelo fato de essa formação estar centralmente agregada ao deciframento da lógica política e operacional do financiamento da política de saúde em Joaçaba.

Dessa forma, a presente dissertação tem a finalidade específica de contribuir para a análise do processo de implementação do SUS, bem como, da garantia do direito à saúde da população brasileira. Em geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços da política pública de saúde reconhecidamente central em termos das garantias sociais ao nosso país.

1.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com o intuito de desvelar o nosso objeto de estudo, realizamos uma análise aprofundada a respeito da composição do financiamento da política de saúde em Joaçaba, que foi conduzida de acordo com os procedimentos e rigores operacionais da pesquisa social.

Para tanto, os procedimentos metodológicos que foram praticados nesta pesquisa dizem respeito à combinação de dois planos de análise complementares, cada qual pensado e desenvolvido conforme a natureza da informação a ser detectada e trabalhada.

O processo investigativo realizou como procedimento transversal um estudo de caráter conceitual através de um levantamento bibliográfico. Esta análise consistiu exame cuidadoso para definição e aprofundamento dos conceitos teóricos que nortearam a pesquisa.

Neste plano de análise recuperamos os parâmetros histórico-político do Sistema Único de Saúde e de seu financiamento no Brasil, percebidos pelo ângulo da garantia do direito a esta política. Pretendeu-se assim, estabelecer a riqueza categorial deste objeto de pesquisa, com destaque ao processo de construção do SUS pós-88 e a política de financiamento da saúde no contexto da seguridade social.

A base investigativa deste estudo empírico contemplou os documentos oficiais do processo de implantação da política de saúde, em especial, a Constituição Federal de 1988, as Leis nº 8.080 e 8.142/90, a Emenda Constitucional nº 29 e as Normas Operacionais Básicas de Saúde – NOB's, Pacto de Gestão de 2006, bem como, a literatura produzida no debate teórico-acadêmico que vem tematizando a política de saúde brasileira.

Na segunda parte desta composição metodológica, o eixo temático e empírico deteu-se em realizar um detalhamento das informações concernentes ao financiamento da política pública de saúde.

O material empírico para esta etapa da pesquisa foi composto pelos dados oficiais do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, dos Planos Plurianuais (PPA), das Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), das Leis

Orçamentárias Anuais (LOA) e das prestações de contas do Fundo Municipal de Saúde.

As informações oficiais foram obtidas junto aos organismos oficiais, às instituições de elaboração e de fiscalização orçamentárias, como o Conselho Municipal de Saúde, o Tribunal de Contas estadual e a Prefeitura Municipal de Joaçaba.

Para efeito de apreciação da estrutura de gastos da saúde, valeu-se das considerações de Fagnani (1998, p.121) a respeito da avaliação das políticas públicas, com base nos seguintes indicadores de análise: a) “direção do gasto social”, para onde foram dirigidos os recursos aplicados; b) “magnitude do gasto social”, se a expansão dos recursos previstos são correspondentes ao crescimento das demandas; c) “natureza das fontes de financiamento”, tendo em vista a análise sobre o seu potencial redistributivo.

A amplitude e a riqueza de dados que estes indicadores apresentam na avaliação de uma política social constituem, assim, um fértil campo de pesquisa para a consecução da saúde, na perspectiva da produção das melhores estratégias políticas e técnicas de operacionalização dos direitos sociais voltados para a universalização da cidadania.

Neste sentido, o tema do financiamento representa uma fonte central, uma vez que a estrutura orçamentária de uma política social específica, analisada em um período de tempos suficiente, pode indicar com precisão importantes direções a respeito das intenções, ações e reações desencadeadas por esta política social através de sua efetivação (PAIVA, 2003).

Objetivando buscar a visibilidade empírica das mediações sociopolíticas foi delimitado o espaço temporal de uma gestão municipal administrativa, de 2001 a 2004, considerando-se o período de implantação da Emenda Constitucional Nº 29 do ano de 2000. O município de Joaçaba, Santa Catarina é o universo empírico investigativo da composição do financiamento e a magnitude do gasto da política de saúde.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo tem o objetivo de apontar a realidade na conformação da política de saúde brasileira. Para tanto, foi estruturado de maneira que ficasse evidente sua composição como política pública constante da seguridade social brasileira. E ainda, evidenciando os modelos de compreensão da política de saúde, a organização e gestão dos serviços de saúde.

2.1 A SEGURIDADE SOCIAL

A seguridade social no Brasil é uma das principais conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, institucionalizada como uma forma inovadora de organizar as iniciativas dos poderes públicos e da sociedade no acesso aos direitos da previdência social, saúde e assistência social (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006 a, p. 26).

A noção de seguridade social implica, pois, na universalidade de cobertura no campo da proteção social. Sposati (1995) assevera que a concepção de seguridade social prevê que todos tenham acesso a um conjunto de seguranças, que cubram, reduzam ou previnam os riscos e as vulnerabilidades sociais.

2.1.1 Processo Histórico

As reivindicações e pressões organizadas pelos trabalhadores na década de 1980, em período de democratização no país, provocaram a incorporação pela Constituição Federal, de muitas demandas sociais de expansão dos direitos sociais e políticos, possibilitando a adoção do conceito de seguridade social.

O termo seguridade social, na definição constitucional brasileira, é um conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, incluindo também a proteção ao trabalhador desempregado, via seguro-desemprego.

Para Boschetti (2003, p. 62) a referência aos clássicos modelos bismarckiano e beveridgiano de políticas sociais, característicos dos principais sistemas de seguridade social predominantes nos países capitalistas, possibilita a compreensão da tendência brasileira.

O modelo bismarckiano, originado na Alemanha no final do século XIX tem como objetivo central assegurar renda aos trabalhadores em momentos de riscos sociais decorrentes da ausência de trabalho, assim, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é condicionado a uma contribuição efetuada.

Por outro lado, o modelo beveridgiano, surgido na Inglaterra durante a segunda Guerra Mundial, tem por objetivo principal o combate à pobreza e se pauta pela instituição de direitos universais a todos os cidadãos incondicionalmente, garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade. O financiamento é proveniente dos tributos (orçamento fiscal) e a gestão é pública/estatal (BOSCHETTI, 2003).

No Brasil, o modelo bismarckiano orientou e ainda estrutura a política de previdência social, enquanto o modelo beveridgiano sustenta os princípios da saúde e da assistência social.

Neste sentido, os princípios orientadores da seguridade social não se aplicam igualmente a todos os setores, sendo a universalidade da cobertura e do atendimento o eixo do novo sistema de saúde; tendo a uniformidade e equivalência dos benefícios e sua irredutibilidade como base da reforma da previdência social; e tendo a seletividade e distributividade como princípio orientador da política de assistência social.

Em relação à estrutura institucional, a adoção pela “estatização” destas políticas sociais que teve início com a transformação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), unificados no INPS na década de 1960, o qual foi renomeado Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em 1990, além da criação dos respectivos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, indica uma aproximação ao modelo beverigniano, mas revela vários paradoxos (BOSCHETTI, 2003, p. 72).

De acordo com a mesma autora, o primeiro deles é a não efetivação de um Ministério da Seguridade Social. A permanência de ministérios setorializados, e sem articulação entre si na definição de uma política de seguridade social, reforça a

fragmentação e independência de cada política. Além de ministérios específicos, cada política possui seus fundos orçamentários próprios e conselhos e conferências também específicos.

Na área da previdência, um dos principais paradoxos é a exclusão, quase que total, dos trabalhadores e empregadores (principais “financiadores”) da gestão da política. As decisões desta política são tomadas pelo aparato burocrático estatal.

No campo da saúde, o principal paradoxo, é que o SUS, fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela pouca qualidade dos serviços, pela falta de recursos e pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos.

Na assistência social, o sistema descentralizado e participativo vem sendo constantemente desrespeitado, com programas, projetos e serviços definidos na esfera federal e liberação de recursos condicionada à sua execução, desrespeitando assim, o princípio de respeito e atendimento às necessidades identificadas localmente (BOSCHETTI, 2003, p. 73).

No Brasil, a seguridade social enfrenta dificuldades desde seu surgimento, em conseqüência, entre outros fatores, da não implementação do orçamento para este fim, prevista na CF/88.

Como contra ponto, há que considerar que o campo das políticas sociais é o território concreto de satisfação (precária e errática) de necessidades sociais básicas² das massas superexploradas e desprotegidas da relação salarial formal nos países latino-americanos.

Neste sentido, Paiva (2005) considera que o histórico das políticas sociais nestes países abre a possibilidade e a necessidade de que estas, em especial, as de seguridade social, se constituam num instrumento de transformação social estratégico, na condição de importante suporte do processo de saturação das contradições econômicas e políticas presentes nas sociedades latino-americanas, frente aos interesses mais significativos no âmbito dos direitos sociais.

² À respeito, consultar Pereira, Potyara. Necessidades Humanas – subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez: 2002.

Há que reconhecer que na América Latina as políticas sociais nunca foram impactantes e decisivas para satisfação das necessidades sociais numa escala de massas.

Se faz necessário pensar e transformar os mecanismos que produzem desigualdade e a exploração social, por meio de políticas sociais. Políticas sociais que não só reduzam a pobreza e a desigualdade, mas que possibilitem uma nova práxis política, onde a população é o sujeito central na definição e na organização das políticas públicas.

2.1.2 Orçamento da Seguridade Social

Na Constituição Federal de 1988 em seu Art.195 foi estabelecido que as políticas de seguridade social devem ser financiadas com recursos orçamentários constituídos pelas contribuições sociais - especificamente para financiamento daquelas políticas - e com recursos orçamentários fiscais da União, dos estados, distrito federal e dos municípios (impostos e taxas). A nova definição constitucional buscou prevenir a irregularidade, a precariedade e a insuficiência dos recursos para provisão dos direitos sociais, situando claramente a distinção entre os orçamentos públicos - o da seguridade social³ e o fiscal, conforme explica Sulamis Dain,

A concepção de proteção social da Constituição de 1988 pretendia reiterar direitos individuais e ampliar direitos coletivos, integrando padrões distintos de financiamento - impostos e contribuições sociais - em dois orçamentos (Fiscal e da Seguridade). O Orçamento da Seguridade Social representava concretamente a prioridade de cobertura dos direitos sociais sobre a disponibilidade de recursos, tornando impositiva a busca de novas fontes e a ampliação das receitas vinculadas aos programas que os materializavam. Apesar de mais de uma década transcorrida desde 1988, quando, na hierarquia dos direitos sociais, Saúde e Assistência se aproximaram dos benefícios previdenciários, o Orçamento da Seguridade Social que os consagraria nunca se materializou (DAIN, 2000, p. 116).

Entretanto, há que reconhecer que o governo, além de não repassar para a seguridade social recursos devidos do orçamento fiscal, retira do orçamento da

³ O marco legal original do financiamento da Seguridade Social, que foi a Lei nº. 8.212 - Lei Orgânica da Seguridade Social, de 24 de julho de 1991, que “dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui plano de custeio, e dá outras providências”, já nessa primeira formulação logrou o princípio da unificação dos orçamentos setoriais.

seguridade social recursos de contribuições sociais para financiar outras áreas de governo, como explicitado a seguir:

Registre-se, ainda, que a utilização do orçamento da Seguridade Social, na forma descrita, só é possível mediante o descumprimento dos mandamentos constitucionais, que estabelecem a criação de um orçamento específico para a Seguridade Social e gestão participativa da mesma. De fato, o orçamento da Seguridade Social, com um caixa único gerido por um órgão colegiado quadripartite, nunca se concretizou. Em primeiro lugar, porque os recursos da Seguridade Social que não pertencem à previdência são arrecadados pelo Tesouro Nacional, que os destina aos gastos citados anteriormente. Segundo, a Lei Orçamentária Federal também não é organizada de forma a separar os orçamentos fiscal e da Seguridade Social, o que retira a transparência pública de como os recursos da seguridade são efetivamente aplicados. (PAIVA; ROCHA, 2001, p.93).

O sistema tributário como um todo - que mescla indevidamente o orçamento da seguridade social e o fiscal - tem se mantido centralizado e completamente opaco, principalmente no nível federal, onde a arrecadação das contribuições sociais pela Secretaria da Receita Federal, juntamente com os demais tributos, não proporciona a visibilidade desejável e necessária, como já comentado. Além do que a gestão da política econômica, baseada no superávit fiscal e no rigoroso pagamento da dívida, tem levado ao confisco parte significativa dos recursos advindos das contribuições sociais, por meio da vinculação nas receitas da união.

Após a mudança no regime cambial, em 1999, que permitiu avançar as exportações, com melhora considerável no saldo da balança comercial, o Brasil passou a ter que conviver sob o efeito mais constante do superávit primário nas contas públicas. Se, de um lado, o esforço fiscal do setor público assumiu maior centralidade na gestão da política macroeconômica, contribuindo para a ampliação do endividamento público, de outro, passou a construir um verdadeiro entrave ao atendimento da dívida social no Brasil (POCHMANN, 2005).

Em síntese, tem prevalecido um contexto macroeconômico de características anti-sociais, incapaz de permitir avanços consideráveis no enfrentamento da enorme dívida social.

Para agravar ainda mais o enfrentamento da desigualdade social no Brasil, observa-se que no período de 2001 a 2004, o quadro de restrições fiscais tendeu a se concentrar justamente no orçamento social do governo federal. Diante desta verdadeira combinação perversa, seria uma exceção à regra, caso o país viesse a

registrar melhora na qualidade de vida, com redução sensível na desigualdade social (POCHMANN, 2005).

O quadro 01 reúne as principais informações que peculiarizam a composição de cada um dos impostos mais relevantes da estrutura tributária brasileira.

| COMPOSIÇÃO DAS FONTES FISCAIS | | | |
|--|---|-------------------|--|
| IMPOSTO | O QUE GERA A COBRANÇA | QUEM COBRA | QUEM PAGA |
| I.I. Imposto de Importação | Entrada de produtos estrangeiros no país. | União | A pessoa que importar ou comprar em leilão produtos apreendidos ou abandonados. |
| I.E. Imposto de Exportação | Saída de produtos nacionais do país. | União | A pessoa que exporta |
| I.R. Imposto Sobre Renda e Proventos. | Dispor ou receber rendimentos do trabalho, do capital ou da combinação dos dois. | União | Trabalhadores e pessoas em geral com renda mensal superior a R\$1.800; empresas públicas e privadas, associações civis, sociedade civil ou comercial e agência ou representação de sociedade com sede no exterior. |
| I.P.I. Imposto Sobre Produtos Industrializados | Saída de produtos dos estabelecimentos industriais ou importadores | União | O industrial, o comerciante ou importador. |
| I.O.F. Imposto Sobre Operações Financeiras | Operações de crédito, entrada de moeda nacional ou estrangeira nas operações de câmbio. | União | Qualquer das partes envolvidas na operação financeira. |
| I.T.R. Imposto Territorial Rural | Posse de imóvel localizado fora da Zona urbana do município | União | Proprietário de imóvel ou seu inquilino. |
| I.P.V.A. Imposto Sobre Propriedade de Veículos Automotores | Licença do veículo para circulação | Estados e DF | Proprietário de veículo |
| I.C.M.S. Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços. | Saída de mercadoria do estabelecimento, entrada de mercadoria importada no estabelecimento e entrada de mercadorias de outros estados | Estados e DF | Compradores de mercadorias |

| | | | |
|---|---|------------|---|
| I.S.S. Imposto Sobre Serviço. | Prestação de serviços de qualquer natureza. | Municípios | Prestadores de serviço. |
| I.P.T.U. Imposto Predial Territorial Urbano | Propriedade de imóvel na zona urbana. | Municípios | Proprietário de imóvel ou seu inquilino |
| I.T.I.V. Imposto sobre Transmissão Intervivos de Bem Imóvel | Transmissão de bem imóvel, de uma pessoa ou empresa para outra, através de compra/venda | Municípios | Qualquer das partes envolvidas na transação |

Quadro 1 Composição das Fontes Fiscais

Fonte: <http://www.adm.ufba.br> (2002)

Junto dos 13 principais impostos previstos na Constituição Federal (sete vinculados à instância federal, três referidos aos estados e três específicos dos municípios) passou a existir um sistema paralelo, para financiamento das políticas de seguridade social, que engloba perto de duas dezenas de contribuições sociais, incidentes sobre a folha de pagamento, o faturamento e lucro das empresas, jogos e loterias, atividades de pequenos produtores agrícolas e de prestadores de serviços.

A organização de dois orçamentos distintos complexificou ainda mais a estrutura tributária nacional, agravando os conhecidos desafios da gestão fiscal, na medida em que muitos dos problemas não foram solucionados, ao tempo em que aportaram outros tantos, oriundos do novo sistema idealizado. Constituídas como um tributo incidente sobre a mão-de-obra, as contribuições sociais são extraídas da renda dos trabalhadores, dos empregadores e dos contribuintes em geral. São particularizadas por se destinarem especificamente ao custeio das políticas de seguridade social, de educação, do trabalho, e da habitação e saneamento.

Observa-se uma tendência crescente de criação de contribuições e estabelecimento de alíquotas específicas sobre as bases existentes, imprimindo maior complexidade e segmentação ao sistema de contribuições sociais. Para uma apresentação das contribuições sociais, de sua base de incidência e das vinculações programadas, este quadro⁴ reúne as mais importantes:

⁴ Esse quadro também foi extraído do sítio da internet <http://www.adm.ufba.br>, consultado em 12 de dezembro de 2002.

| COMPOSIÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS | | |
|---|---|--|
| CONTRIBUIÇÕES | DE ONDE VEM | PARA ONDE VAI |
| PIS (Programa de Integração Social) e PASEP (Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público). | Arrecadação sobre o faturamento de empresas públicas e privadas e sobre a folha de salários dos governos federal, estaduais e municipais. | Os recursos arrecadados pelo PIS e pelo PASEP constituem o FAT (Fundo de Amparo ao Trabalhador), destinado a: programas de seguro desemprego; programas de geração de empregos; crédito, intermediação e capacitação para pequenas, médias e grandes empresas. |
| COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social. | Arrecadação sobre o faturamento mensal de empresas. | Para o financiamento da previdência, saúde e assistência social. |
| CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido. | Suas receitas são originadas do lucro líquido de empresas e instituições financeiras. | Também são empregados no financiamento da previdência, assistência social e saúde. |
| CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira. | É proveniente das transações bancárias feitas no país com cheque e cartão magnético. | Para o financiamento da saúde. |
| FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. | Suas principais receita são os depósitos mensais efetuados pelos empregadores em nome dos empregados. | Serve como indenização nos casos de demissão e financia programas de saneamento básico, infra-estrutura e habitação. |

Quadro 2 Composição das Contribuições Sociais

Fonte: <http://www.adm.ufba.br> (2002)

Paiva (2003) entende que essa concepção planejada no orçamento da seguridade social, que previa a composição de todas as contribuições sociais num sistema unificado, capaz de promover a organicidade das três políticas sociais e efetivar os compromissos com a universalidade, equidade e igualdade no acesso ao direito à proteção social, não foi sequer experimentada.

Cria-se assim, por um lado, um impasse de difícil solução entre a prática atual do governo federal de explorar a grande produtividade fiscal das bases de incidência sobre o faturamento, o desejo de aperfeiçoamento do sistema tributário nacional e a capacidade de honrar o orçamento da seguridade social (FAVARET; DAIN, 2002, p. 105).

Através dos dados divulgados pela Associação Nacional dos Fiscais de Contribuições Previdenciárias (ANFIP) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), instituições que tem pesquisado a estrutura orçamentária da seguridade social brasileira, observa-se que o orçamento da seguridade social é superavitário e não só suficiente pra cobrir as despesas com os direitos já previstos, como poderia permitir a sua ampliação. Para Boschetti *et al.* (2006b, p.56), “se isto não ocorre, é porque o orçamento da seguridade social é parte da âncora de sustentação da política econômica, que suga recursos sociais para pagamento e amortização dos juros e da dívida pública”.

O debate sobre as formas de financiamento da seguridade social no Brasil após a CF/88 revela as divergências entre aqueles que defendem o princípio da totalidade orçamentária, estatuído na Carta Magna, e os defensores da separação das fontes de custeio das políticas de previdência, saúde e assistência social (BOSCHETTI, 2003, P.57).

Em defesa da totalidade, Dain e Soares (1998) relatam que, na experiência internacional, o financiamento da seguridade social é baseado de forma crescente num conjunto de receitas tributárias e contribuições sobre a folha de salários e outras, para contemplar uma concepção de benefícios destinados tanto aos contribuintes diretos dos programas, como também àqueles destinados aos cidadãos, nos casos de cobertura universal dos programas. Esse movimento possibilita a vinculação dos recursos e a constituição de um orçamento próprio como forma de institucionalização da precedência de seus compromissos de cobertura sobre os demais gastos do governo.

No sentido oposto, Beltrão *et al.* (1993) defendem que o conceito de seguridade social seja mantido, mas com a separação efetiva de suas políticas. Os autores são contrários à existência de um orçamento único para a seguridade, defendem a separação das fontes de custeios com três orçamentos independentes.

Para Paiva (2003) a construção do sistema de direitos no âmbito da seguridade social não atendeu satisfatoriamente a tradução mais ampla que poderia

ser atribuída à legislação social da democracia no país. Existem correntes que alegam que a proposta de uma seguridade social universal foi frustrada em seu nascedouro pelo desaparecimento da folga de receita própria.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE

O sistema de saúde no país vem sofrendo constantes mudanças desde o século passado, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. Neste sentido, cabe um resgate histórico dos modelos de saúde no Brasil, bem como, de sua organização e gestão dos serviços. Assim, as páginas que seguem buscam realizar uma abordagem a esse respeito.

2.2.1 Modelos de Saúde no Brasil

Analisando a trajetória da saúde no Brasil, identificam-se quatro principais tendências na política de saúde (CARVALHO *et al*; 2001, p. 27).

A primeira foi denominada de **sanitarismo campanhista** porque tinha nas campanhas sanitárias sua principal estratégia de atuação e vigorou no início do século XX até 1945. O período de 1945 a 1960 pode ser considerado como de **transição** para o período seguinte, quando se consolida, até o início dos anos 1980, o **modelo médico assistencial privatista**. Segue-se o **modelo plural**, hoje vigente, que inclui como sistema público, o SUS.

Para facilitar a compreensão destas tendências, apresentamos cada um em subitens:

2.2.1.1 Modelo das Campanhas Sanitárias

As primeiras ações públicas direcionadas às políticas de saúde no Brasil no século XX seguiram a trajetória de países latino-americanos, como México, Chile, Argentina e Uruguai. Estas ações referiam-se ao combate de endemias (às chamadas doenças de massa, como a tuberculose, febre amarela, varíola) e problemas de saneamento nos núcleos urbanos (MÉDICI, 1995).

Destaca-se neste período, o médico Oswaldo Cruz que, à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública adotou o modelo das campanhas sanitárias destinado a combater as endemias urbanas e, posteriormente, as rurais. Este modelo teve inspiração militar e consistia na interposição de barreiras que quebrassem a relação agente/hospedeiro.

Na área de assistência individual, as ações de saúde eram eminentemente particulares/privadas. A assistência hospitalar pública assumia o caráter de assistência social: abrigava e isolava os portadores de psicoses, hanseníase e tuberculose. Nas demais áreas de atenção, havia somente a assistência aos que não podiam custeá-la, considerados indigentes, era praticada por entidades de caridade, geralmente, as Santas Casas de Misericórdia (CARVALHO *et al*, 2001, p. 28).

2.2.1.2 Modelo Sanitarismo Campanhista

Na década de 1920, a saúde pública passou a ser organizada de forma mais consistente através da Reforma Carlos Chagas. Em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, inaugura-se o Sistema de Previdência Social Pública no Brasil. A lei criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), financiadas de forma tripartite, pelos empregados, empresas e governo. Estas caixas eram organizadas por empresas ou categorias profissionais e excluíaam muitos segmentos da população (COSTA, 2002).

É importante destacar que, até os anos 1930, nos países capitalistas havia uma modesta participação do Estado nas políticas voltadas para a saúde pública. No Brasil, a crise dos anos 30 e o advento da revolução liderada por Getúlio Vargas, trouxeram como resultado uma considerável redução da autonomia dos estados da federação e isso refletiu em uma centralização das ações públicas por parte do Estado (BRAGA; PAULA, 1986). A principal alteração foi a criação do Ministério da Educação e Saúde, que estava composto por dois Departamentos Nacionais de Educação e da Saúde. Quatro anos mais tarde, uma reorganização ministerial renomeou o Departamento Nacional de Saúde Pública, que passou a ser chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social.

Durante o Estado Novo, ao longo dos anos 30, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Cohn (1991) entende que a principal diferença dos IAPs com relação às CAPs refere-se à participação do Estado na administração e no financiamento das ações em saúde. Os IAPs eram autarquias centralizadas no governo federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Este modelo foi imposto pela via autoritária, no qual a extensão dos benefícios estava relacionada à capacidade financeira do indivíduo. Esse modelo não encara a prestação de serviços de assistência médica como um “direito universal”, e opera através de segmentos profissionais construindo uma “cidadania regulada” (SANTOS, 1994), através da qual os trabalhadores vinculados formalmente ao mercado de trabalho passariam a fazer jus a um rol de direitos a que os demais não teriam acesso.

De acordo com Médici (1995), estas estruturas, organizadas por ramos de atividades, absorveram a maioria das antigas CAPs, embora algumas tenham sobrevivido até os anos 1960.

2.2.1.3 Modelo Médico-Assistencial Privatista

Durante os anos 1945 e 1950, a assistência médica prestada pelas CAPs e IAPs aos trabalhadores foi a única disponível. Poucos eram os Estados e Municípios que dispunham de serviços de assistência médica dirigidos às necessidades de sua população. Muitos trabalhadores formais, bem como, os rurais e os do setor informal urbano, não pertenciam a ramos de atividades ou categorias profissionais cobertas pelos IAPs e pela estrutura remanescente das CAPs (MÉDICI, 1995).

A excludência e outras deficiências levaram à unificação das estruturas de assistência médica dos IAPs, discussão iniciada no anos 50 e consumada pela Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960.

Após o golpe militar de 1964, no ano de 1967, com o governo autoritário instituído, foi possível alterar o sistema de previdência social e assistência médica que imperava com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Na abordagem de Maria Inês Bravo, a criação do INPS constitui-se

[...] na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no governo populista; trata-se portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras. (BRAVO, 1996, p. 30).

O INPS passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, que contribuía, na época com 8% de seus salários, acrescidos dos 8% da folha de salários das empresas, independentemente de ramo de atividade ou categoria profissional. Também passaram a estar cobertos os trabalhadores autônomos ou empregadores (individualmente) que contribuíssem em dobro para o INPS (16% de sua renda básica).

Médici (1995) aponta que com o aumento da extensão de cobertura os estabelecimentos dos antigos IAPs não deram conta de atender esta nova clientela. Para isso, foi necessário não apenas ampliar as instalações de assistência médica como também adotar medidas privatizantes que passariam a integrar a rede de assistência médica do INPS.

O governo militar, então, criou em 1974 o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAZ, cujos recursos eram destinados a financiamentos na área social. No setor saúde, a maioria dos recursos foi investida na construção e reforma de hospitais privados (BRAGA; PAULA, 1986).

Naquela ocasião, a articulação entre o governo militar e o setor privado era intensa. O governo financiava a construção e reforma de hospitais privados a juros baixíssimos. Depois, comprava os serviços desses mesmos hospitais, alegando, num primeiro momento, necessidade técnica e, num segundo momento, deixando claro o privilegiamento do produtor privado de serviços. Entre 1969 e 1975, por exemplo, a compra de serviços de terceiros representava cerca de 90% da despesa geral do INPS (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

As diferenças entre saúde pública e saúde curativa permaneceram de forma acentuada. Os departamentos de medicina preventiva, crescentes em números e importância a partir de 1966, buscavam a teoria preventista e as práticas que seguissem esta linha, no entanto, tiveram que aceitar as determinações políticas, de cunho assistencialista, na atenção médica (BRAVO, 1996, p. 31).

Para Oliveira e Teixeira (1986) as principais características desse modelo foram: o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, e a criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial privado, orientado para a geração do lucro.

Este modelo tem em sua base um tripé, no qual o Estado é o grande financiador do sistema e prestador de serviços à população não integrada economicamente; o setor privado nacional como prestador de serviços de assistência médica; e, o setor privado internacional como produtor de medicamentos e equipamentos biomédicos (MENDES, 1996).

A partir de 1974, se evidenciou a crise do “milagre econômico” que permitiu o re-surgimento dos movimentos sociais que buscavam recuperar seus espaços tomados com o golpe de 1964. Bravo (1996, p. 35) assegura que nas eleições de 1974 para o Legislativo, houve uma expressão concreta de inconformismo da sociedade civil, quando o povo votou maciçamente em oposição ao regime autoritário.

Já nos anos 1977/78 o ressurgimento da sociedade organizada aliada à oposição parlamentar, questionando o regime militar e exigindo retorno ao estado de direito. Nesse período, entra em cena um movimento, que mais tarde foi chamado de *movimento sanitarista / reforma sanitária*, que buscava a universalização do acesso à assistência médica, pela via pública.

2.2.1.4 Modelo Plural

Em 1978, através do Ministério da Previdência Social (MPAS) foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que foi composto pelas seguintes instituições: Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS); Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor (FUNABEM); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATPREV); Central de Medicamentos (CEME) e Fundação Abrigo Cristo Redentor (FACR).

Conforme preconiza Bravo (1996, p. 45), estas reformas não contaram com a participação ativa dos trabalhadores. Apenas alguns profissionais da saúde, nesse momento, iniciaram uma reação pretendendo alterar o setor por meio de modificações no sistema atual. Sistema este caracterizado pela predominância de ações realizadas pelo setor privado, ênfase no atendimento hospitalar, e bastante vulnerável à corrupção.

Este grupo de profissionais enfrentou embates constantes com a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) que congregava os interesses empresariais e industriais do setor privado, até então, hegemônico que cada vez mais revelam-se altamente lucrativos.

A organização de profissionais da saúde, denominada posteriormente de *movimento sanitarista* tinha como base de atuação os institutos de pesquisa universitários, em especial o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), que tinha a finalidade de gerar correntes de idéias que defendessem a saúde coletiva. O movimento pretendia estabelecer um novo relacionamento entre o setor privado e o governo na área da saúde.

No início dos anos 1980, a política de saúde passa por uma profunda crise, uma vez que as reformas implantadas no Governo anterior (SINPAS) não conseguiam dar respostas às demandas que estavam postas (BRAVO, 1996, p. 54). Os movimentos iniciaram uma luta pela saúde, visando a melhoria dos serviços de saúde e alteração das políticas do setor.

Nessa conjuntura, novos atores entram em cena, onde se destacam: os profissionais de saúde, representados pelos seus órgãos, o CEBES, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos.

É nesse contexto que em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde, conhecida como o marco histórico mais importante na trajetória política de saúde brasileira, cujos eixos temáticos eram: Saúde como direito de cidadania, Reformulação do sistema nacional de saúde e Financiamento setorial (BRAVO; MATOS, 2001, p. 32). Nesta Conferência foi aprovada a bandeira da Reforma Sanitária, que serviu de base na reformulação da Constituição Federal Brasileira.

Conforme preconiza o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), as seguintes questões podem ser consideradas centrais à Reforma Sanitária e definidoras dos novos rumos da política pública de Saúde no Brasil:

- o conceito de saúde, referido não apenas à assistência médica, mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes, como: trabalho, renda, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros;
- o direito universal e igualitário à saúde;
- o dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde;
- a natureza pública das ações e serviços de saúde;
- a organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema único de Saúde gratuito, descentralizado para os Estados e Municípios, sob controle social;
- subordinação do setor privado às normas do Sistema Único e, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva;
- desvinculação do Sistema Previdenciário Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias, estabelecimento de pisos de gastos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

De acordo com Sônia Fleury, a Reforma Sanitária deve ser entendida como:

[...] um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único sob a égide do Estado (FLEURY, 1997, p. 28).

O projeto da Reforma Sanitária trazia em seu bojo um modelo de democracia, sustentado na formulação de uma utopia igualitária: a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática (FLEURY, 1997, p. 33).

No processo de redemocratização do país, a política de saúde se destacou pela articulação de seus principais atores em torno do objetivo comum de romper com o modelo federalista centralizado.

O capítulo sobre saúde da nova Constituição Federal, fortemente inspirado nas decisões da 8ª Conferência, instituiu o SUS, que representa completa mudança sobre a situação vigente, uma vez que entende o direito à saúde, como direito de cidadania e o Estado responsável em assegurá-los através de políticas públicas adequadas.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, deu expressão ao novo conceito de política social reconhecendo todos os cidadãos em iguais portadores de direitos sociais universais. Em seu capítulo consagrado à Ordem Social, estabeleceu os fundamentos da seguridade social e a garantia de direitos básicos e universais de

cidadania, afirmando o direito à saúde, à assistência social e a previdência, em um capítulo específico.

Na reflexão de NOGUEIRA (2002, p. 148), a Constituição Federal de 1988, trouxe um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos éticos-políticos fundamentais. Dentre os quais, universalizou-se o direito à saúde, direcionando para a garantia do pleno acesso aos serviços de saúde sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação; e democratizou os serviços de saúde, ampliando a participação popular e possibilitando o controle social.

O SUS, definido na Constituição de 1988, entende a saúde como,

Um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1989, p. 81).

Ou seja, é direito de todo cidadão brasileiro ter acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde pública e gratuita.

Como pontua Nogueira (2002, p. 157), o reconhecimento da saúde como direito social, e a apreensão de sua garantia como um dever do Estado, propicia a recuperação de uma visão que atribui, enquanto direito, a pretensão de que o dever de cumpri-lo é do Estado, deixando reconhecido que a saúde não pode ser um bem ou serviço factível de troca no mercado.

De acordo, o artigo 198 da Constituição Federal, indica que

as ações de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade. (BRASIL, 1989, p.81).

Estes aspectos provocaram significativas alterações em termos técnicos e políticos, uma vez que, foram exigidas ações administrativas de grande envergadura e sustentação política.

2.2.2 Organização e Gestão dos Serviços de Saúde

A autora Vera Nogueira ressalta que o sistema único de saúde proposto na legislação,

[...] contém, em si, uma concepção de direito que, reconhecendo a dificuldade em transitar para a esfera da realização, devido às situações de extrema pobreza e desigualdade reinante no país, permitiu a sua inscrição no texto constitucional, traduzindo mais do que um ideário, indicações programáticas que concretizam o direito à saúde, que pôde vir a ser materializado ao longo do tempo [...] (NOGUEIRA, 2002, p. 157).

Com a criação do SUS a política de saúde brasileira passou de um modelo de seguro social para um modelo de seguridade social e promoveu a mudança do modelo de atenção curativa da saúde para um modelo de atenção integral à população.

A regulamentação dos dispositivos constitucionais no campo da saúde ocorreu com a promulgação da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde – LOS). Em linhas gerais, Faveret e Dain (2002, p. 87) registram que nesta lei são detalhados: os objetivos e atribuições do SUS, os seus princípios e diretrizes, as competências e atribuições dos gestores, os recursos humanos e financeiros necessários a seu desenvolvimento, entre outros.

Esta legislação, em seu artigo 7º, exprime destaque especial na descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, na regionalização e na hierarquização dos serviços de saúde.

Ressalta-se que o artigo supra-mencionado, em seu inciso XI, determina como princípio do SUS a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”.

Cabe registrar, ainda, que o artigo 15, inciso II, desta mesma lei, estabelece como atribuição comum às três esferas de gestão do SUS a “administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde”.

Esta intenção é confirmada no Título V da Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080/90), que trata do financiamento do SUS. Nela o artigo 33 pressupõe o repasse de recursos financeiros do SUS através de depósitos em contas específicas, “em cada esfera de atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos

Conselhos de Saúde”. Desta forma, ao Ministério da Saúde resta a tarefa de acompanhar a gestão do SUS “através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados à Estados e Municípios”.

O artigo 35 prevê que “metade dos recursos destinados às esferas subnacionais será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio”. Define, ainda, que os valores a serem transferidos aos gestores estaduais e municipais dos SUS seriam calculados conforme:

- I – perfil demográfico da região;
- II – perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV – desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI – previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII – ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. (LEI 8.080/90 – Art.35).

As informações anteriormente mencionadas foram complementadas, posteriormente, pela promulgação da Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da população na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Nos artigos 2º e 3º desta Lei, que tratam da alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde, está definido que os recursos para a cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal devem ser transferidos de forma “regular e automática”.

2.2.2.1 Instrumentos de Gestão

Esta lei estabeleceu que para o recebimento de recursos os municípios e estados deveriam criar Fundos de Saúde (Estaduais e Municipais); Conselhos (Estaduais e Municipais) de Saúde, com composição paritária de acordo com o decreto nº 99.438 de 7 de agosto de 1990; Plano Plurianual de Saúde; Relatórios de Gestão que permitam o controle social; Contrapartida de recursos para a saúde no

respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Os **Fundos de Saúde**, no entendimento de Barros (2003, p. 57), são mecanismos previstos na legislação, que correspondem a “contas especiais”, em cada esfera de governo, nas quais deverão ser depositados e movimentados todos os recursos financeiros do SUS, sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

Para Paiva (2003) o objetivo básico dos fundos, ao serem criados, seria o de organizar o financiamento das contribuições sociais, de forma a garantir maior flexibilidade e transparência na alocação dos recursos e na sua execução.

Dain (2002) entende que garantir fontes de financiamento e um instrumento de transferência de recursos para as esferas locais de governo, com critérios automáticos de repasse, livres de amarras fiscais e orçamentárias, seja para reunir recursos a determinados programas prioritários que não tinham garantia nem expressão no orçamento, seja para mobilizar novos recursos, é uma empreitada política e técnica de alta envergadura.

Cabe ressaltar que, na esfera federal, o Fundo Nacional de Saúde - FNS já existia desde meados dos anos sessenta. No entanto, no ano de 1990, através da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8.080/90 ficou instituído da seguinte forma:

Art.33 – Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.
§1º - Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, Lei Nº 8.080/90).

Assim, em 2001, em razão da necessidade de descentralização do SUS e conseqüentemente de realizar transferências de recursos de saúde aos estados e municípios, foi necessário reestruturá-lo e ajustá-lo às novas funções.

A partir destes ajustes, foi possível a celebração de convênios com órgãos e entidades, o parcelamento de débitos dos mesmos, junto ao Ministério da Saúde e o financiamento das ações de saúde para os governos estaduais e municipais, entidades filantrópicas, universidades e outras instituições, além de consolidar as atividades de acompanhamento e prestação de contas dos convênios celebrados

Dentre as principais atribuições do FNS destacam-se:

- a) o planejamento, a coordenação e o controle das atividades orçamentárias, financeiras e contábeis, inclusive aquelas executadas por unidades descentralizadas;
- b) a promoção de atividades de cooperação técnica às instâncias subnacionais e demais entidades do sistema, nas áreas orçamentária e financeira, com o objetivo de articular e aperfeiçoar práticas de gestão;
- c) o estabelecimento de normas e critérios para o gerenciamento das fontes de arrecadação e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros;
- d) o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades de convênios, acordos, ajustes e similares sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, bem como o acompanhamento da aplicação dos recursos transferidos ao SUS;
- e) o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades de prestação de contas e de Tomada de Contas Especial dos recursos do SUS alocados ao FNS. (BARROS, 2002 p. 58)

De acordo com a legislação supracitada os **Conselhos de Saúde** (das três esferas de governo) devem atuar no planejamento e acompanhar a execução da política.

O Conselho de Saúde⁵ é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, estes últimos com representação paritária em relação ao conjunto dos demais. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, sendo suas decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Tem por finalidade exercer o controle social sobre a gestão e implementação do SUS.

Para Raquel Raichelis (2006), a implantação dos conselhos de saúde revela que,

[...] está em funcionamento um certo “modelo” de participação da sociedade na gestão pública, forjado na dinâmica das lutas sociais das últimas décadas, que busca redefinir os laços entre espaço institucional e práticas societárias, não como polaridades que se excluem, mas como processos conflituosos que se antagonizam e se complementam, pondo em relevo a luta pela inscrição de conquistas sociais na institucionalidade democrática. (RAICHELIS, 2006, p. 83)

São espaços que estão sendo construídos pela ação coletiva de inúmeros sujeitos sociais, especialmente no âmbito dos municípios, que buscam a ampliação e o fortalecimento do poder local. Os conselhos são resultados do processo de

⁵ A Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde, de 2003, define que a composição do mesmo dever ser de 50% dos usuários, 25% de gestores e prestadores de serviço públicos ou privados e 25% de trabalhadores de saúde. Esta resolução é desrespeitada por alguns gestores que a consideram como recomendação.

democratização da sociedade brasileira e representam, dessa forma, uma conquista da sociedade civil.

Foram concebidos como espaços institucionais de controle social sobre as ações do Estado na área da saúde, à medida que setores organizados na sociedade civil estão representados em sua composição e esse tem legalmente caráter deliberativo sobre a política de saúde e seus recursos (CORREIA, 2006, p.128).

Raichelis considera controle social como um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública. E afirma que,

Ele implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados (RAICHELIS, 2006, p. 85)

A autora Amélia Cohn afirma que a expressão “controle social” vem sendo utilizada para designar a participação da sociedade prevista na legislação do SUS. Seu exercício caberia aos Conselhos de Saúde através da deliberação sobre a definição das políticas de saúde a serem implementadas, bem como o monitoramento de sua implementação (COHN, 2000, p. 45).

O sentido do controle social inscrito na Constituição Federal de 1988 para Bravo (2002, p. 45) é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Considera os conselhos de saúde “como inovações ao nível da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases de relação Estado-Sociedade com a introdução de novos sujeitos políticos na construção da esfera pública democrática.

Assim, controle social passou a significar o controle da sociedade organizada sobre o Estado, exercido por meio de instrumentos democráticos, tais como os conselhos e as conferências de saúde e outros mais.

Outro instrumento necessário ao recebimento de recursos é o **Plano de Saúde** de base das programações e atividades que serão desenvolvidas por cada nível de direção do SUS.

Os Planos de Gestão são compostos de documentos de intenções políticas, de diagnósticos, de estratégias, de prioridades e de metas e são as bases das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS. Os planos de saúde

são quadrienais e devem ser homologados pelos respectivos conselhos de saúde até julho do primeiro ano do governo federal, até junho do governo estadual e até maio do governo municipal, sendo que os mesmos podem ser revisados anualmente seguindo os meses para a sua elaboração (SANTOS, 2005, p. 22).

Para o acompanhamento da execução do plano de saúde e da aplicação dos recursos recebidos, foi requisitado, na Lei 8.142/90, o **Relatório de Gestão**.

Este instrumento se destina para a sistematização e divulgação de informações sobre resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS, uma vez que estabelece correlação entre as metas, os resultados e à aplicação dos recursos.

A partir do disposto na legislação, o desafio tem sido a operacionalização do financiamento nas políticas de saúde implantadas, através de Normas Operacionais Básicas (NOB 91, NOB 93, NOB 96).

A organização da saúde ganhou estrutura com mecanismos de fortalecimento da capacidade de gestão do SUS com as fases de habilitação de gestão, tanto para os municípios, como para os Estados. Desse modo, novas formas de financiamento e de responsabilidade foram incorporadas às instâncias federal, estadual e municipal.

Nesse novo modelo, os municípios aumentaram suas responsabilidades de atendimento na atenção básica definindo o processo de regionalização da assistência, enquanto que os estados passaram a ter o papel de mediadores, e à União coube a tarefa de normalizar e financiar as ações de saúde e de gerir a política nacional do SUS.

2.2.2.2 As Normas Operacionais

O cenário político-econômico da saúde na década de 90 foi marcado pela implementação gradativa dos preceitos constitucionais ajustados pelas Normas Operacionais Básicas do INAMPS, de 1991, e do SUS, de 1993 e 1996. As NOBs representaram um importante instrumento de regulamentação do processo de descentralização, à medida que estabeleceram mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios (SOUZA, 2001).

O Ministério da Saúde, através da Portaria GM 1.481 de 31 de dezembro de 1990, atribuiu ao INAMPS a implantação da nova política de financiamento do SUS para o ano de 1991 e determinou a criação da Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA; as atividades hospitalares seriam financiadas com os recursos transferidos na forma de Atendimento de internação Hospitalar – AIH. Determinou recursos para o custeio da máquina administrativa do Ministério da Saúde e o custeio de Programas Especiais de Saúde, bem como os recursos para investimentos no setor saúde. Essa decisão foi operacionalizada pela Norma Operacional Básica - SUS nº 01, NOB SUS 01/91⁶.

A NOB 01/91, sob o argumento da inviabilidade de regulamentar o Art.35 da Lei 8.080/90, redefiniu toda a lógica de financiamento e organização do SUS, instituindo uma estrutura de pagamento por produção de serviços, em grande parte vigorando até hoje (OLIVEIRA JÚNIOR, 2005).

Do ponto de vista de Oliveira Júnior (2005), esta norma influenciaria negativamente a organização SUS, pois, na prática, este dispositivo descaracterizava um dos principais objetivos do SUS que eram mudanças nos modelos de gestão e financiamento do sistema e organização do modelo de atenção à saúde. Nesta lógica, foi imposto um modelo voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, deixando de considerar a qualidade e os resultados.

Neste percurso, no ano de 1992, foi publicada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/92, para promover a continuidade de ações e serviços prestados à população.

Santos e Caetano (2005) afirmam que as NOBs 91 e 92 sofreram críticas e não foram aceitas em muitos municípios brasileiros, em razão de que ambas continham definições que contradiziam a Lei 8.080/90, principalmente, no que se refere ao repasse dos recursos federais para os estados e municípios.

Em 1993, outra Norma Operacional Básica buscava um caminho de transição entre o retrógrado sistema implantado pela NOB 01/91 e o que está recomendado em nossa Carta Magna e nas Leis 8.080 e 8.142/90. De acordo com as exigências da Lei 8.142/90, a NOB 01/93 instituiu diferentes categorias para habilitação dos

⁶ A NOB SUS 01/91 foi aprovada e instituída pela Resolução INAMPS nº 258 de 07 de janeiro de 1991.

municípios conforme sua capacidade administrativa e financeira (OLIVEIRA JÚNIOR, 2005).

Naquele momento, as habilitações passaram a ser as seguintes: a) para os estados: Gestão Parcial ou Gestão Semi-Plena; b) para os municípios: Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semi-Plena. Os municípios eram considerados de Município Prestador de Serviço, numa relação de convênio e pagamento por produção, sem poder de interferência nos serviços que não pertenciam à Secretaria Municipal de Saúde (SANTOS; CAETANO, 2005, p. 23).

Para os **estados**, a NOB SUS nº01/93 estabeleceu duas condições de gestão:

a) **Gestão Parcial:**

- assumir a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, além da gestão dos recursos dos investimentos próprios e dos transferidos pela esfera federal, respeitando a autonomia dos municípios enquadrados em alguma modalidade de gestão;
- assumir o cadastramento, programação, distribuição de contas ambulatoriais e hospitalares, e o controle e avaliação das ações e serviços públicos e privados de saúde;
- coordenar a rede de referência estadual e gerir o sistema de saúde de alta complexidade, além do tratamento fora de domicílio, órteses e próteses e medicamentos especiais;
- coordenar, em seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, as ações ligadas à saúde do trabalhador, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública.

Para tanto, receberia mensalmente do governo federal recursos financeiros correspondentes à diferença entre um teto estabelecido para o pagamento das atividades de saúde desenvolvidas no estado e o gasto efetivamente realizado. Porém, os recursos desta diferença nunca chegaram a ser repassados aos estados, que assumiram esta modalidade de gestão (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001, p. 46).

- b) **Gestão Semiplena:** cabendo ao estado assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços de saúde no estado (planejamento, cadastramento, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados), respeitadas as responsabilidades assumidas pelos municípios, além das distribuições previstas na condição parcial.

Para os municípios foram criadas três condições de gestão:

- a) **Gestão Incipiente:** segundo a qual caberia ao município:
- assumir imediata ou progressivamente a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores, programar e autorizar internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais, e controlar e avaliar os serviços públicos e privados;
 - demonstrar disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município, desenvolvendo ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária, e aquelas ligadas à saúde do trabalhador.

Nesta condição, o município receberia apenas o recurso correspondente aos serviços realizados pelas próprias unidades, adicionados aos recursos do Fator de Apoio à Municipalização (FAM).

- b) **Gestão Parcial:** caberia ao município assumir na íntegra as responsabilidades previstas na condição anterior, recebendo, mensalmente, além dos recursos provenientes da fatura de seus serviços e dos recursos do FAM, recursos financeiros correspondentes às diferenças entre em teto estabelecido para o custeio de todos os serviços de saúde realizados no município e o gasto efetivamente realizado. Na prática, porém, esta diferença também nunca foi repassada aos municípios que assumiram esta modalidade de gestão.
- c) **Gestão Semiplena:** caberia, ao município, além das competências descritas na gestão parcial, assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da

prestação de serviços: o planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados. Nesta modalidade o município receberia mensalmente um teto financeiro, estabelecido para o município pela CID e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, através do repasse direto do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Cabe ressaltar, que somente em 1993 através da lei 8.689, de 27 de julho de 1993 é que foi extinto o Inamps, quase três anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90). No parágrafo único do seu artigo primeiro, a lei que o extinguiu estabelecia que:

As funções, competências, atividades e atribuições do Inamps serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (LEI Nº 8.689, 1993)

De acordo com Souza (2003, p. 450), ao se preservar o Inamps, preservou-se também a sua lógica de financiamento e de alocação de recursos. Dessa forma, o SUS iniciou a sua atuação, na área da assistência à saúde de forma híbrida, mesmo embasado no caráter universal, utilizou-se, porém, de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a um segmento específico da população.

Assim, o SUS não adotou uma lógica própria para financiar a assistência à saúde de toda a população, o que significaria um grande remanejamento da alocação de recursos entre os estados. Com certeza, esta atitude geraria uma grande reação política dos estados mais desenvolvidos e que contavam com uma maior proporção de recursos.

Percebe-se que as imprecisões que se perenizam, ao longo dos anos, quanto à arquitetura do financiamento da política de saúde são resultantes, em parte, das disputas pelo acesso ao fundo público e, assim, por diferentes traduções no campo da cidadania.

Entretanto, a manutenção do Inamps e de sua lógica de financiamento não evitou que a partir de maio de 1993 (portanto, pouco antes de sua extinção), o Ministério da Previdência Social deixasse de repassar recursos da previdência

social, criando uma enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária.

Os anos de 1993 e de 1994 foram de grandes dificuldades para o SUS, pela total falta de recursos para honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde (SOUZA, 2003, p. 450).

Em 1996, através da Portaria nº 2.203/MS (DOU) de 06 de novembro, é publicada a Norma Operacional Básica 01 de 1996, NOB 01/96 com o objetivo de ultrapassar os obstáculos da descentralização da gestão e do financiamento.

A NOB 01/96 supõe mudanças nas formas de repasses financeiros, buscando resgatar parte dos princípios legais de transferência regular e automática fundo a fundo, mudanças nas modalidades de gestão do SUS e ampliação da autonomia dos Municípios e Estados para a gestão descentralizada (OLIVEIRA JÚNIOR, 2005).

O Teto Financeiro Global do Município (TFGM), é assim, constituído:

- **PAB Fixo** – Piso de Atenção Básica Fixo. O PAB fixo estabelece um valor per capita de no mínimo R\$ 10,00 (dez reais) e no máximo R\$ 18,00 (dezoito reais) – dependendo da média do faturamento do município no ano de 1996 em assistência médica, para o custeio das ações básicas de assistência à saúde (consulta médica em clínica geral, pediatria e ginecologia, atendimentos de enfermagem e atendimentos básicos em odontologia), além das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.
- **PAB Variável** – Piso de Atenção Básica Variável. O PAB variável compreende incentivos destinados às seguintes ações e programas:
 - Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS),
 - Programa de Saúde da Família (PSF),
 - Programa de Combate à Carências Nutricionais,
 - Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental,
 - Ações de Vigilância Sanitária,
 - Assistência Farmacêutica Básica.
- **FAE** – Fração Assistencial Especializada. Montante que corresponde ao custeio das ações especializadas e das de alto custo/complexidade realizadas em regime ambulatorial.
- **Remuneração de Internações Hospitalares** – Valor destinado ao pagamento das internações hospitalares, com base na autorização de Internação Hospitalar – AIH (CARVALHO, MARTIN e CORDONI, 2001 p. 48).

De acordo com Carvalho, Martin e Cordoni (2001) a soma do Teto Financeiro Global de todos os municípios do estado compõem o Teto Financeiro Global do Estado (TFGE). São de responsabilidade do gestor estadual o gerenciamento dos recursos (teto financeiro) das ações e serviços especializados – FAE e das internações hospitalares (AIH), daqueles municípios habilitados na gestão plena da

atenção básica, além do recurso referente ao custeio dos medicamentos excepcionais para o estado.

Para a definição dos tetos dos municípios a NOB/96 cria a necessidade da realização de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI), entre os municípios e com a participação do gestor estadual. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando também as responsabilidades do estado na busca da crescente equidade, da qualidade da atenção e na conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001, p. 49).

Aos municípios, a NOB/96 prevê duas modalidades de gestão:

- a) **Gestão Plena da Atenção Básica:** o município assume a responsabilidade por:
 - gestão e execução da assistência ambulatorial básica (procedimentos incluídos no PAB), das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; gestão de todas as unidades básicas de saúde (públicas e privadas) vinculadas ao SUS;
 - elaboração da programação pactuada e integrada;
 - autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados;
 - controle e avaliação da assistência básica.

- b) **Gestão Plena do Sistema Municipal:** o município assume a responsabilidade por:
 - gestão de todas as ações e serviços de saúde no município (ambulatoriais e hospitalares);
 - gestão de todas as unidades e serviços de saúde (públicas e privadas) com vínculo ao SUS;
 - controle avaliação, auditoria e o pagamento das ações e serviços de saúde no município;
 - opera o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS);

- elaboração do PPI;
- administra oferta de procedimentos de alto custo/complexidade para os quais é referência.

Favaret e Dain (2002) indicam que a maior autonomia do município em Gestão Plena do Sistema é caracterizada, na Norma, principalmente pela amplitude dos procedimentos sob sua responsabilidade (Piso de Atenção Básica – PAB, média e alta complexidades e hospitalares) e, pela possibilidade de receber recursos federais transferidos regular e automaticamente.

Para os estados, a NOB/96 prevê duas modalidades de gestão:

- a) **Gestão Avançada do Sistema Estadual:** o estado assume a responsabilidade por:
- elaboração da PPI junto com os municípios;
 - detalhamento da programação da FAE;
 - elaboração e execução do Plano Estadual de Investimentos, negociado na CIB e aprovado no Conselho Estadual de Saúde;
 - coordenação da política de alto custo/complexidade, medicamentos excepcionais e tratamento fora do domicílio – TFD;
 - formulação da política de sangue e de medicamentos;
 - organização do sistema de referência e a câmara de compensação;
 - coordenação da política de vigilância sanitária e epidemiológica;
 - contratação, controle e auditoria dos serviços sob gestão estadual.
- b) **Gestão Plena do Sistema Estadual:** além das atividades elencadas na Gestão Avançada, o estado assume a responsabilidade pela:
- gestão dos serviços de saúde (exceto em municípios em gestão plena do sistema municipal e dos serviços básicos em municípios em gestão plena da atenção básica);
 - operação do Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS);

Os estados habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual, recebem todo o teto financeiro assistencial automaticamente, deduzidas as transferências automáticas efetuadas aos municípios em Gestão Plena do Sistema (FAVARET; DAIN, 2002, p. 96).

Ao conjunto das fontes que financiavam o setor saúde, é incluída uma nova contribuição, criada para financiar a saúde, resultado de reivindicações do então Ministro da Saúde Adib Jatene, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

A CPMF foi criada num período de total irregularidade no financiamento do setor saúde, como último recurso para garantir que o Sistema Único de Saúde pudesse continuar a ser implantado no país, dando prosseguimento aos esforços de extensão da atenção à saúde a todos (MANSUR; 2001).

A criação da contribuição foi criticada por ser uma contribuição cumulativa sobre as movimentações financeiras (crédito e débito). Entretanto, no ano de 1997, em razão de alguns desvios constitucionais foi instituído Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

No início do ano de 1998, o Governo Federal editou um pacote de novas portarias que modificaram a essência da NOB-96, culminando com a chamada “NOB-98” ou “NOB 01/96 modificada”. Alguns anos depois, editou a Norma Operacional de Assistência a Saúde NOAS-2001 que foi aprovada pela Portaria 95, de 26 de janeiro de 2001, expedida pelo Ministro da Saúde.

A NOAS 01/2001 propõe a adoção de uma estratégia de conformação de redes regionalizadas e resolutivas de serviços, com a determinação de conjuntos de procedimentos que detalham níveis de complexidade na assistência (FAVARET; DAIN, 2002, p.99).

Desses conjuntos de ações de diferentes graus de complexidade fazem parte:

- a ampliação do PAB Fixo (PAB Ampliado), com a incorporação de procedimentos que permitam maior resolutividade neste nível de assistência para todos os municípios;
- o estabelecimento de um primeiro nível de assistência de média complexidade que garantirá a resolutividade do PAB Ampliado – o chamado Elenco Mínimo de Procedimentos de Média Complexidade Ambulatorial (EPM-1 ou M1), que poderá ser provido por um município habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal para a sua própria população (sendo chamado de “módulo assistencial”) ou como referência para municípios vizinhos (sendo então denominado “pólo regional”);

- a média complexidade ambulatorial e hospitalar, cujos recursos serão disponibilizados para o conjunto dos municípios através de pactos estabelecidos via PPI e de acordo com o Plano Diretor de Regionalização estadual;
- a alta complexidade, a ser financiada com recursos do FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação), ficando a cargo do Ministério da Saúde a definição e o gestor estadual, por sua vez, responsável pela gestão da política no estado. Os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema apenas organizam a assistência neste nível de complexidade (FAVARET; DAIN; 2002, p.100).

A NOAS 2001 acabou sendo cancelada sem ter sido implantada. Depois de mudada e transformada em NOAS 2002, aprovada pela Portaria MS/GM 373, de 27 de fevereiro de 2002, também pouco ou nada ocorreu em sua vigência no ano de 2002.

Em 2002 dando continuidade ao processo de implantação do SUS e de descentralização da política de saúde foi instalada a Comissão Intergestores Tripartite – CIT⁷ (PIOLA, 2002).

Esta comissão é responsável pela definição das linhas gerais para a política nacional de saúde, incluindo a aprovação de Normas Operacionais Básicas do SUS, sendo a mais importante instância de negociação intergestores na área da saúde (OLIVEIRA JÚNIOR, 2005).

Em cada estado passou a funcionar a Comissão Intergestores Bipartite – CIB⁸ cujo papel é o de adequar as normas nacionais às condições específicas de cada estado e propor medidas reguladoras da relação estado/municípios e municípios/municípios na implementação do SUS a fim de se alcançar a descentralização na esfera estadual (PIOLA apud LUCHESSI, 1996).

As decisões pactuadas nestas Comissões devem ser referendadas pelos conselhos de saúde e pelos gestores do sistema (Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde).

O conselho de saúde tem caráter permanente e deliberativo e deve exercer o controle público sobre a política de saúde em todos os níveis de gestão. Composto por representantes do governo, dos trabalhadores da saúde, dos prestadores de

⁷ A CIT é composta por representantes dos gestores municipais (Conselhos Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS), estaduais (Conselho Nacional de Secretários da Saúde) e federal (Ministério da Saúde).

⁸ A CIB é composta por gestores municipais (Colegiado de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS) e estadual (Secretaria Estadual de Saúde).

serviço e da população usuária atua na formulação de estratégias e controle da execução da política.

Ao Conselho Nacional de Saúde foi designado a elaboração da proposta de orçamento da saúde que integra o orçamento da Seguridade Social, nos limites da Lei de Diretrizes Orçamentárias, cuja alteração só pode ser realizada pelo Congresso Nacional.

3 O FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE

A lógica institucional para o financiamento da saúde segue um ciclo orçamentário definido na Constituição Federal de 1988, comum aos demais orçamentos setoriais. Neste contexto, torna-se relevante a referência ao marco político-institucional que disciplina a aplicação de recursos nas políticas sociais brasileiras.

A CF/88, portanto, determinou os instrumentos legais que integram o sistema orçamentário, a saber: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Cabe destacar que a Carta Constitucional também estabeleceu regras específicas para a elaboração, apreciação e execução do orçamento público (PAIVA, 2003, p. 264).

O primeiro instrumento – o Plano Plurianual – deve planejar as ações governamentais no médio prazo, com a duração de quatro anos, iniciando-se no segundo ano de mandato governamental e concluindo-se no primeiro do governo subsequente. Assim, o PPA abrange as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para os programas de duração continuada, de caráter regionalizado.

A segunda etapa – a Lei de Diretrizes Orçamentárias – compreende as prioridades e metas programáticas e estabelece os limites de receita e despesas, a cada ano. Desta forma, cabe à LDO orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual – LOA, tratar sobre alterações da legislação tributária e instituir a política de aplicação das agências oficiais de fomento. Estabelece também metas e resultados fiscais e, por isso, deve disciplinar a execução orçamentária e financeira.

Por fim, - a Lei Orçamentária Anual – deve dispor as prioridades, dimensionar as possibilidades de gasto, ou seja, demarcar as rubricas de receitas e de despesas.

A LOA é composta da seguinte forma: a) Orçamento Fiscal – que diz respeito aos fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público; b) orçamento de investimento das estatais – empresas de que o poder público direta ou indiretamente, detém

maioria do capital social com direito a voto; c) orçamento da Seguridade Social – que engloba a previdência, a saúde e a assistência social. (ROCHA, 2001, p. 142).

Paiva (2003) discorre, dizendo que a natureza jurídica do ciclo orçamentário, estabelecido na Constituição Federal, corresponde ao princípio das leis superordenadoras e vinculadas, ou seja, uma primeira predomina sobre a outra – sendo o PPA, uma lei reforçada, superordenadora da LDO e, esta, da LOA. Assim, as leis posteriormente aprovadas, conforme o ciclo orçamentário, não possuem a prerrogativa de alterar a anterior.

Certamente que a formulação e pactuação deste ciclo orçamentário, corresponde às capacidades institucionais e as necessidades da população, portanto, possuem caráter conjuntural e particular a cada ente federado, impossível de ser previamente delimitado em uma lei federal, dada a diversidade de problemáticas e de possibilidade de respostas que as políticas públicas devem engendrar, de acordo com os níveis variados de descentralização, particularmente num país tão heterogêneo e desigual como o Brasil.

3.1 AS FONTES DE FINANCIAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

As fontes destinadas ao financiamento do sistema de saúde foram previstas no texto constitucional e envolviam recursos ordinários do tesouro, nas três esferas de governo, e contribuições sociais da seguridade social, arrecadadas pela esfera federal.

No entanto, não houve especificação de uma fonte exclusiva para o setor saúde nem foram definidos percentuais de vinculação que assegurassem a transferência proporcional à arrecadação das contribuições.

No ano de 1993, tramitou no congresso nacional uma Proposta de Emenda Constitucional Nº 169, em torno da proposição de destinação de um mínimo de 30% da arrecadação das contribuições sociais da seguridade social e 10% dos recursos fiscais da união, estados e municípios para a saúde (BARROS, 2002, p. 33).

Conforme diz Campelli e Calvo (2005, p. 31), a necessidade de fixar índices decorria da própria previsão constitucional, além do que, no Ato das Disposições Transitórias da CF/88, estabeleceu-se um parâmetro, ao definir que “até que seja aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do

orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego, serão destinados ao setor de saúde” (BRASIL, 1988, p. 128).

Para Barros (2002, p. 33), a formulação desse dispositivo continha expectativa de que a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO estabelecesse anualmente as regras de partilha dos recursos entre as três áreas da seguridade social, definindo as proporções destinadas à cada área, o que foi feito até 1993. Mas a LDO perdeu efetividade quando o acordo informal entre gestores da área econômica e previdenciária determinou a suspensão do repasse, para o Ministério da Saúde, de recursos da fonte incidente sobre folha de salários, arrecadada pelo Ministério da Previdência Social, como estratégia para enfrentamento do déficit previdenciário.

Esta decisão desencadeou uma grave crise e recolocou na agenda política setorial a demanda por vinculação de recursos para a saúde, como foi o caso da PEC-169/93, acima citada.

No ano de 1995, foi apresentada uma nova Proposta de Emenda Constitucional de Nº 82-A, que pleiteava as contribuições incidentes sobre faturamento (Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social – CONFINS) e sobre o lucro líquido das empresas (Contribuições sobre o Lucro Líquido das empresas – CSLL) para o financiamento da área da saúde.

Nesta mesma época, diante das dificuldades para a aprovação das Propostas de Emenda Constitucional, que tramitavam lentamente, o próprio Ministério da Saúde passou a trabalhar com a hipótese da criação de uma nova contribuição social, que incidisse, basicamente sobre a movimentação financeira, para, com, caráter provisório, assegurar recursos para o sistema.

A constatação do médico Adib Jatene, então Ministro da Saúde, foi a de constituir uma nova fonte de recursos para o financiamento da saúde pública, intitulado Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras – CPMF. Ela significaria o retorno do IPMF (imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras), o “imposto do cheque” (COSTA, 2002, p. 57).

Segundo matéria divulgada pela imprensa (Folha de São Paulo, Junho e Julho de 1996) os Ministros Pedro Malan e José Serra defendiam que, se a CPMF fosse criada, sua arrecadação deveria ser destinada para o pagamento da dívida interna. Já o presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, resolveu

transferir para o Congresso o ônus da instituição ou não do novo contributo (Folha de São Paulo, 23 de maio de 1995).

O Ministro Adib Jatene tinha também contra si grande parte das bancadas do PSDB, PMDB e PPB e alguns poderosos lobbies: a Federação Brasileira dos Bancos (FEBRABAN), a Confederação Nacional da Indústria (CNI) e um recente Movimento Nacional de Defesa do Contribuinte (MNDC), criado exatamente por setores do empresariado com o objetivo de impedir a criação da nova contribuição. (MÉDICI, 1995, p. 57).

O Ministro da Saúde também foi acusado, inclusive pelo Presidente da República, de ser porta-voz dos interesses dos donos de hospitais privados e representantes das Santas Casas de Misericórdia, que viam no imposto a possibilidade de reajuste dos preços prestados ao SUS.

Apesar dos conflitos relatados acima, a pressão de Adib Jatene surtiu efeito junto à opinião pública e acabou recebendo o apoio declarado de FHC.

Depois desses contratemplos, a empreitada de Jatene no Congresso acabou vitoriosa⁹, sendo aprovada através da Lei nº 9.311 de 24 de outubro de 1996 a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, sendo até o ano de 1998 destinado exclusivamente para financiamento de ações e serviços de saúde (CAMPELLI; CALVO, 2005, p. 35).

Outra informação importante, diz respeito ao pedido de demissão do Ministro Jatene na última semana de outubro daquele ano. Em matéria assinada pelos jornalista Fernando Rodrigues e Sônia Mossri, a Folha de São Paulo divulgou que um dos motivos da saída de Adib Jatene teria sido a falta de apoio do presidente Fernando Henrique Cardoso à sua proposta (COSTA, 2002, p. 58).

Alguns meses depois, o mesmo jornal revelou que até 20 de julho de 1997, apenas 3% do total do dinheiro arrecado pela CPMF fora utilizado pelo Ministério da Saúde em ações de saúde preventiva. Quase a totalidade dos recursos destinou-se ao pagamento de hospitais conveniados ao SUS e ainda uma pequena parte ao abatimento da dívida contraída pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Adib Jatene, em outubro de 1997, denunciava a “total esterilização” da CPMF pelo governo, como fonte complementar de recursos para a saúde pública.

⁹ Um dado contabilizado pelo governo na ocasião, foi a direção do Partido dos Trabalhadores em votar contra a CPMF, obrigando 22 deputados da bancada do partido, publicamente favoráveis ao imposto, a seguir a deliberação partidária. Esse fato foi visto como elemento importante para a disputa em torno da prefeitura Municipal de São Paulo nas eleições de 1996.

De “imposto para a saúde”, a contribuição cada vez menos provisória passou a ser entendida como um dos alicerces de sustentação do ajuste fiscal e pagamento da dívida.

Assim, em 1999, pela sua prorrogação, a alíquota de contribuição passou de 0,20% para 0,38%, adicionando 0,10% para a previdência social e 0,08% para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza mantendo a alíquota de 0,20% para a saúde.

No segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, em outubro de 1999, após a longa tramitação de recursos para a área da saúde, a Comissão Especial do Congresso aprovou Emenda Aglutinativa Substitutiva à Proposta de Emenda à Constituição Nº 82-A, de 1995, que foi posteriormente, após aprovação em Plenário, transformada em Emenda Constitucional Nº 29 – (EC-29).

3.1.1 A Emenda Constitucional Nº 29 / 2000

A Emenda Constitucional Nº 29 (EC-29), aprovada em 13 de setembro de 2000, introduziu modificações em vários artigos do texto constitucional, com o objetivo de estabelecer regras para a provisão regular de recursos para ações e serviços públicos de saúde.

A EC-29 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a união, os estados, o distrito federal e os municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Com as alterações pelas propostas pela EC-29, no que tange aos gastos com saúde, os percentuais mínimos, de acordo com os cálculos apresentados na resolução 322 de 08 de maio de 2003 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo IV), ficaram definidos da seguinte forma:

Tabela 1 Percentuais Mínimos de Vinculação Orçamentária para o SUS, nos Termos da EC-29.

| ANO | ESTADOS | MUNICÍPIOS |
|------------|----------------|-------------------|
| 2000 | 7% | 7% |
| 2001 | 8% | 8,6% |

| | | |
|------|-----|-------|
| 2002 | 9% | 10,2% |
| 2003 | 10% | 11,8% |
| 2004 | 12% | 15% |

Fonte: EC -29

Os estados ficaram obrigados a alocar 12% das receitas, e os municípios, 15%, a partir de 2004. Uma regra de transição foi estabelecida para o período de 2000 a 2004, para os ajustes graduais nos orçamentos. Tais percentuais poderão ser revistos a cada cinco anos por meio de Lei Complementar, instrumento que exige maioria absoluta para a sua aprovação do Congresso conforme determinado na EC-29.

Para Marques e Mendes (2000) a principal diferença da EC-29, em relação a PEC-169, diz respeito à solução adotada para esfera federal: deu-se como resultado das negociações no congresso, envolvendo também a área econômica do governo federal. Assim, a união foi excluída do dever de alocar percentual das receitas arrecadadas, cabendo-lhe assegurar a alocação dos recursos correspondentes ao valor empenhado no ano anterior, corrigido pela variação do Produto Interno Bruto – PIB, o que significa que o orçamento pode retroceder em função de surto de recessão econômica.

3.1.2 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops

A análise da composição do financiamento e a magnitude do gasto da política de saúde exigem entender os mecanismos de gestão financeira. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops foi criado no ano de 2000, por meio de Portaria Conjunta do Ministro da Saúde e do Procurador Geral da República.

Através do Siops o MS organiza e executa a coleta, o processamento e a torna disponível as informações sobre receitas e gastos em saúde, nas três esferas de governo, permitindo a produção de relevantes indicadores para o planejamento, acompanhamento e avaliação do gasto público, além de propiciar melhores condições para o exercício do controle social.

Para a gestão do Siops o MS instituiu uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação, multiinstitucional que possui as seguintes competências: propor ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de dados; sugerir mecanismos que assegurem a qualidade das informações geradas pelo Siops; formular propostas de articulação entre as informações geradas pelo Siops e metodologias existentes sobre sistemas de contas nacionais em saúde e entre sistemas de informações orçamentárias; analisar as informações geradas pelo sistema, subsidiando com relatórios o planejamento e gestão do SUS, visando o aperfeiçoamento das políticas de financiamento da saúde e a elaboração de indicadores que reflitam a eficácia e a eficiência dos gastos públicos em saúde; e, subsidiar a elaboração de Projeto de Lei Complementar de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.

A operação conjunta de tecnologias de informação, ferramentas de gestão, controle social e pesquisa permitirá não só observar as diretrizes constitucionais na provisão de serviços públicos, como também realizar significativos avanços de gestão, redundando em ganhos de bem estar para a sociedade brasileira.

A concepção institucional do SUS espelha um novo paradigma para a organização do Estado e a formulação de políticas públicas. Sua implementação não só requer, mas também provoca inovações contínuas, do ponto de vista do pacto federativo, do controle social, dos instrumentos de gestão e negociação e da incorporação progressiva de novos segmentos do Estado brasileiro no processo.

Partindo dessas premissas, a implantação de sistemas semelhantes ao Siops ou seu compartilhamento com as demais áreas do governo federal, constituem passo obrigatório para a avaliação e diagnósticos das políticas sociais implementadas pelo setor público.

3.2 FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM JOAÇABA -SC

A análise do financiamento e do gasto em saúde reflete as relações existentes entre a política social avaliada e a política econômica adotada pelo governo. Entretanto, expressa ainda, indicações sobre o alcance, os limites e o caráter redistributivo desta.

Neste sentido, de acordo com Fagnani (1999), elencamos três indicadores sobre financiamento e gasto que podem ser considerados importantes, tomando

como referência a experiência brasileira das últimas décadas e a situação específica de subdesenvolvimento do país.

O primeiro deles, é a natureza das fontes de financiamento. No Brasil, nas últimas décadas, as políticas sociais têm sido financiadas, sobretudo, sobre fontes de três naturezas: recursos fiscais, recursos auto-sustentados e contribuições sociais.

Fagnani (1999, p. 123) demonstra que os recursos fiscais são provenientes das receitas de impostos e taxas, os quais são aplicados a fundo perdido, sem necessidade de gerar retorno financeiro. Por esta razão, é a fonte que apresenta maior potencial redistributivo.

Os recursos auto-sustentados, ao contrário, são identificados como aplicações financeiras. Entre eles, destacam-se o Fundo de Garantia por Tempo de Serviços – FGTS e a Caderneta de Poupança. No caso brasileiro, a experiência tem demonstrado ser absolutamente insuficiente a utilização exclusiva destas fontes para atender as carências dos trabalhadores, em especial aqueles dos extratos mais pobres (FAGNANI, 1999).

As contribuições sociais são recursos parafiscais custeados por trabalhadores e/ou empresas (Azeredo, 1987). Exemplos destas fontes são o salário-educação, as contribuições previdenciárias, o PIS-Pasep, o Cofins e a Contribuição Social sobre o Lucro (FAGNANI, 1998, p. 123).

O segundo indicador é a direção do gasto social. Indica para onde foram dirigidos os recursos aplicados na política de saúde de Joaçaba – SC. O estudo da direção do gasto permite analisar se os recursos previstos (orçados) destinaram-se aos segmentos prioritários e aos extratos mais carentes (executados). A alocação do recurso, na perspectiva de análise aqui adotada, é expressão do rumo da gestão política, ou seja, um precioso marcador objetivo, capaz de revelar tendências e opções políticas, até então apenas sugeridas.

Permite ainda, que se tenha algum conhecimento acerca do tipo de articulação que existe entre a política pública e os setores privados; e demonstra indícios sobre outros desvios da atuação estatal, como utilização dos programas sociais para fins eleitorais, clientelistas ou fisiológicos.

O terceiro indicador importante na análise do financiamento é a magnitude do gasto. Este indicador contribui para esclarecer se os recursos previstos são compatíveis com as demandas. Este exame deve ser sempre realizado

considerando as perspectivas históricas, que demonstrem a evolução do gasto per capita (FAGNANI, 1998).

Nestes termos, propomos a nos debruçar sobre a realidade social do financiamento da política de saúde de Joaçaba.

3.2.1 Caracterização de Joaçaba - SC

O território, hoje pertencente ao município de Joaçaba, já fez parte de uma grande extensão de terra que foi reivindicada por Brasil e Argentina, na disputa de limites, com base no Tratado de Tordesilhas. Depois, essa mesma região foi motivo de uma disputa interna, envolvendo os estados de São Paulo, Paraná e Santa Catarina.

Em 1916, com o fim da Guerra do Contestado foi criado o município de Cruzeiro, cujo nome foi alterado para Joaçaba em 1943. Oficialmente, a fundação da cidade ocorreu em 25 de agosto de 1917.

Localizada no meio-oeste catarinense o município de Joaçaba de colonização ítalo-germânica teve na agricultura o início do seu desenvolvimento, surgindo posteriormente as indústrias, comércio e prestação de serviços, fazendo com que Joaçaba se tornasse um importante pólo regional.

Para melhor compreensão dos dados da composição do financiamento e da magnitude do gasto em saúde de Joaçaba, que serão apresentados posteriormente, se faz necessário uma visão panorâmica do município, conforme segue.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2004), a importância de se conhecer a população residente em um determinado município é a de se poder dimensionar a população alvo de ações e serviços; orientar a alocação de recursos públicos (exemplo: o financiamento de serviços) e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de alcance social.

O município de Joaçaba conta com população de 24.066 habitantes, dos quais, 21.668 habitantes no meio urbano e 2.378 habitantes em localidades rurais. A dimensão territorial da cidade é de 241,06 km², sendo 25,44 km² na área urbana e 215,62 km² na área rural.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, extraídos do censo demográfico realizado no ano de 2000, em Joaçaba, 88,7% da população possui abastecimento de água através de rede geral e 11,02% de poço ou nascente (na propriedade) e 0,2% de outra forma.

Em relação à instalação sanitária, o mesmo relatório informa que 22,8% da população possui rede geral de esgoto ou pluvial, 67,1% estão ligados à fossa séptica. Os demais possuem fossa rudimentar, valas, utilizam rio ou lago, ou não possuem qualquer sistema de esgoto (IBGE, 2000).

A coleta de lixo em Joaçaba é realizada da seguinte forma: 88,1% coletado e 8,5% queimado na propriedade. Enquanto que os demais, enterram em suas propriedades (IBGE, 2000).

A saúde em Joaçaba conta com uma Secretaria Municipal de Saúde que foi criada pela Lei Municipal nº 1.433 de 05 de agosto de 1988, com a finalidade de promover o desenvolvimento dos programas relacionados com a Saúde Individual e Coletiva.

Na gestão 2001 – 2004, a Secretaria de Saúde apresentava a seguinte estrutura: Departamento de Vigilância Sanitária, Departamento Administrativo, Departamento de Saúde, Departamento de Programas, Projetos e Convênios e Departamento de Ação Social (responsável pela execução da política de assistência social).

O Fundo Municipal de Saúde – FMS de Joaçaba foi criado pela Lei Nº 1.806 de 27 de abril de 1992, a qual definiu quais seriam os objetivos, sua subordinação, coordenação e os recursos que seriam geridos pelos mesmos.

O gestor do FMS é a secretaria municipal de saúde, conforma a Lei nº 8.080/90 e o órgão fiscalizador é o Conselho de Saúde, conforme a lei nº 8.142/90.

A saúde de Joaçaba conta com 07 postos de atendimento (programas saúde da família – PSF) e dois hospitais, um privado (Hospital e Maternidade São Miguel) e outro filantrópico, com certificado do Conselho Nacional de Assistência Social, de atendimento público através do SUS e também privado (Hospital Universitário Santa Terezinha – HUST).

O município está habilitado para a Gestão Plena da Atenção Básica.

3.2.2 Os grandes números do gasto social em Joaçaba - SC

Como já enfatizado, os princípios da seguridade social manifestam-se como um dos avanços mais importantes do processo de democratização do país. Tais princípios traduzem-se, todavia, numa versão inacabada e, por vezes, desvirtuada, diante do complexo político legalmente instituído. Dimensioná-lo com a tradução concreta, estabelecida nas regulações pertinentes à estrutura financeira e orçamentária da política de saúde, nos marcos da postulação constitucional e das iniciativas de regulamentação pós-88, é o tema prioritário deste item, que será precedido, por sua vez, de algumas advertências metodológicas.

Assim, considerando que nosso universo empírico investigativo é a composição do financiamento e a magnitude do gasto da política de saúde de uma esfera municipal, de Joaçaba, para demonstrar nossas análises da política de saúde, adotamos, também, as políticas de assistência social e educação para nortear nossas investigações no sentido de garantir uma base comparativa mais consistente.

A escolha da política de assistência social se dá pelo fato dela integrar o tripé da seguridade social, juntamente com a saúde e a previdência social; no caso da educação, por entendermos que é uma necessidade básica e constante de um direito de seguridade social, já municipalizada em período mais dilatado, acumulando uma trajetória importante, em termos de atribuição do poder municipal.

Do ponto de vista investigativo, o conceito de fonte de financiamento, adotado neste trabalho, é o mesmo utilizado na elaboração e na execução orçamentária da união, estados e municípios, referindo-se à destinação dos recursos durante a execução do orçamento e não especificamente à sua arrecadação.

Assim, a análise do financiamento restringiu-se ao conceito de despesa liquidada na Função de Saúde (10), Assistência Social (08) e Educação (12) dos orçamentos fiscais nos anos de 2001 a 2004, que seguem uma classificação funcional, definida na Portaria /SOF nº 42 de 14 de abril de 1999, que depois foi inserida como anexo da Lei Complementar nº 101/00 - Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

A classificação funcional, composta de um conjunto de funções e sub-funções prefixadas, serve para agregar os gastos públicos por área e ação governamental. Trata-se de uma classificação independente da estrutura programática.

A sub-função representa uma parte da função, visando agregar determinado subconjunto de despesas do setor público. A sub-função identifica a natureza básica das ações que se agrupam em torno das funções. A partir da ação, classifica-se a despesa de acordo com a especificidade do seu conteúdo e produto, em uma sub-função, independente de sua relação institucional.

Cada uma destas Funções tem Sub-funções que abrangem diversos programas e ações, conforme concepção assumida pelo Poder Executivo para essas políticas.

A Função Saúde (10) agrega as seguintes Sub-funções: Atenção Básica (classificada pelo código 301), Atenção Hospitalar e Ambulatorial (302), Suporte Profilático e Terapêutico (303), Vigilância Sanitária (304), Vigilância Epidemiológica (305), Alimentação e Nutrição (306).

O orçamento da saúde, em qualquer nível de governo, tem como objetivo mostrar de onde provêm e para onde serão designados os recursos da saúde. Neste sentido, o sistema orçamentário nacional é composto de três elementos, que servem de base para que os municípios possam efetuar o planejamento e execução de seus orçamentos: O Plano Plurianual – PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei Orçamentária Anual –LOA.

Essa composição é executada em todas as esferas governamentais, na união, nos estados, nos municípios e no Distrito Federal, sendo que, a elaboração do Plano e das leis, é de competência do executivo, cabendo ao legislativo aprovar os mesmos em sua formatação original ou propor emendas à redação proposta.

Em Joaçaba, o PPA para o período de 2002 à 2005 foi aprovado pela Lei Nº 2.756, de 31 de agosto de 2001. As planilhas que compõem o Plano Plurianual, foram apresentadas em anexo à referida Lei, e foram nominadas em função e sub-função. Ocorre que para efeitos de orçamento (no caso, a elaboração do PPA), o código da função não é o mesmo utilizado para registro das despesas liquidadas, conforme citado anteriormente para a Saúde (função 10).

Para registro do PPA, entendido como um instrumento que deve refletir o planejamento governamental e cuja finalidade é estabelecer as ações e metas do

governo, a saúde é representada pela função 008, a assistência social pela função 006 e a educação pela função 009.

Assim, dificultando ainda mais, o efetivo controle social das contas públicas, uma vez que, para os registros de planejamento (valores orçados) utiliza um código (saúde: 008); e para registro do gasto realizado (valores executados) o código para a mesma função é outro (saúde: 010).

Em relação à Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO percebe-se a dificuldade em demonstrar as diretrizes gerais da saúde, como é o caso, em razão do incompleto diagnóstico da saúde municipal apresentado no PPA. No PPA, o diagnóstico que se faz da saúde reflete apenas as necessidades de investimentos (ações de construções e aquisições de equipamentos) e não de gasto (prestação de serviços médicos, ambulatoriais, laboratoriais, odontológicos e outros, que promovam a saúde).

Por esta análise é possível perceber sinalizações de que o modelo de saúde aplicado em Joaçaba não é o modelo plural, concebido pelo SUS, de atenção integral e universal, voltado para a promoção da saúde e não para o tratamento de doenças.

Sendo a Lei Orçamentária Anual – LOA uma ferramenta de ligação entre os sistemas de planejamento e de finanças, ela estima as receitas e fixa as despesas do governo. No entanto, de acordo com Paiva (2003), um dos principais desafios que podem ser acrescentados ao esforço de planejamento e orçamentação sistemáticos, diz respeito à integração entre PPA, LDO e LOA, em primeira instância, e posterior articulação destes três instrumentos com os planos e os orçamentos dos demais entes federados.

No que diz respeito à distribuição dos gastos públicos em Joaçaba, no período de 2001 a 2004 o gráfico abaixo demonstra a seguinte situação:

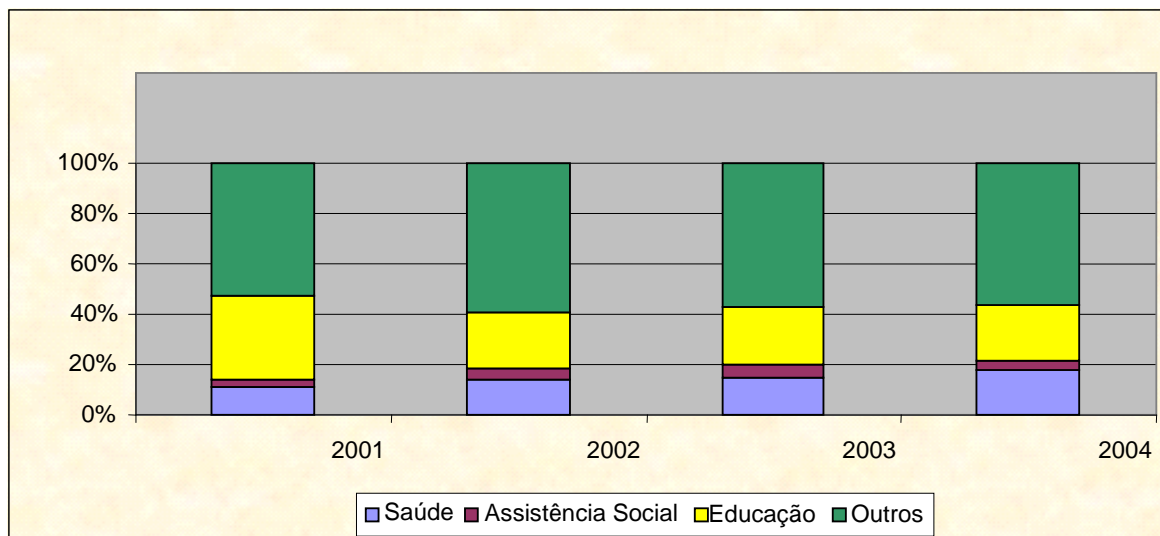


Gráfico 1 Comparativo da Distribuição Total dos Gastos Públicos Municipais

Fonte: Relatório Municipal de Joaçaba da Execução Orçamentária.

Referente a este comparativo, para uma análise mais explícita, cabe a tabela abaixo.

Tabela 2 Distribuição dos Gastos Públicos por Área

| FUNÇÃO | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Saúde | 11,3% | 13,8% | 14,6% | 17,6% |
| Assistência Social | 3,1% | 4,8% | 5,4% | 3,9% |
| Educação | 32,9% | 22,4% | 22,7% | 22,3% |
| Outros | 52,7% | 59,0% | 57,3% | 56,1% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fonte: www.siops.datasus.gov.br

Os dados demonstram incremento com a saúde durante os quatro anos; na área da assistência social o aumento foi progressivo nos três primeiros anos da gestão, havendo um decréscimo em 2004; já a área da educação há uma considerável queda de recursos em 2002, embora nos três anos seguintes permaneceu estável.

A apresentação dos grandes números referentes ao gasto social, reunidos na execução orçamentária do governo municipal de Joaçaba nos anos 2001 a 2004, possui os seguintes dados:

Tabela 3 Orçamento da Saúde, Assistência Social e Educação

| Função | 2001 | | 2002 | |
|--------------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| | Dotação | Execução | Dotação | Execução |
| Saúde | 1.843.200,00 | 1.891.959,18 | 2.308.886,00 | 2.471.237,04 |
| Assistência Social | 854.200,00 | 517.881,71 | 653.000,00 | 852.815,79 |
| Educação | 4.223.100,00 | 5.510.234,17 | 4.101.105,00 | 4.013.063,52 |
| TOTAL | 6.920.500,00 | 7.920.075,06 | 7.062.991,00 | 7.337.116,35 |
| Função | 2003 | | 2004 | |
| | Dotação | Execução | Dotação | Execução |
| Saúde | 3.112.675,96 | 3.166.067,65 | 4.005.590,72 | 4.474.587,69 |
| Assistência Social | 1.386.390,00 | 1.174.124,20 | 1.838.420,00 | 1.001.323,86 |
| Educação | 4.212.240,00 | 4.925.386,54 | 5.513.037,45 | 5.657.802,34 |
| TOTAL | 8.711.405,06 | 9.265.578,39 | 11.357.048,17 | 11.133.713,89 |

Fonte: www.siops.datasus.gov.br

Como se pode constatar o total de recursos orçados, bem como os executados, na área de educação alcançam patamares bastante superiores em relação à área de saúde e assistência social. Isso se deve, principalmente, pela trajetória que a política de educação já passou e conquistou.

A seguir, tem-se a representação da dispersão destes recursos em dois gráficos. O gráfico 02 demonstra o comparativo dos valores orçados por área e ano e o gráfico 03 o comparativo dos valores executados por área e ano.

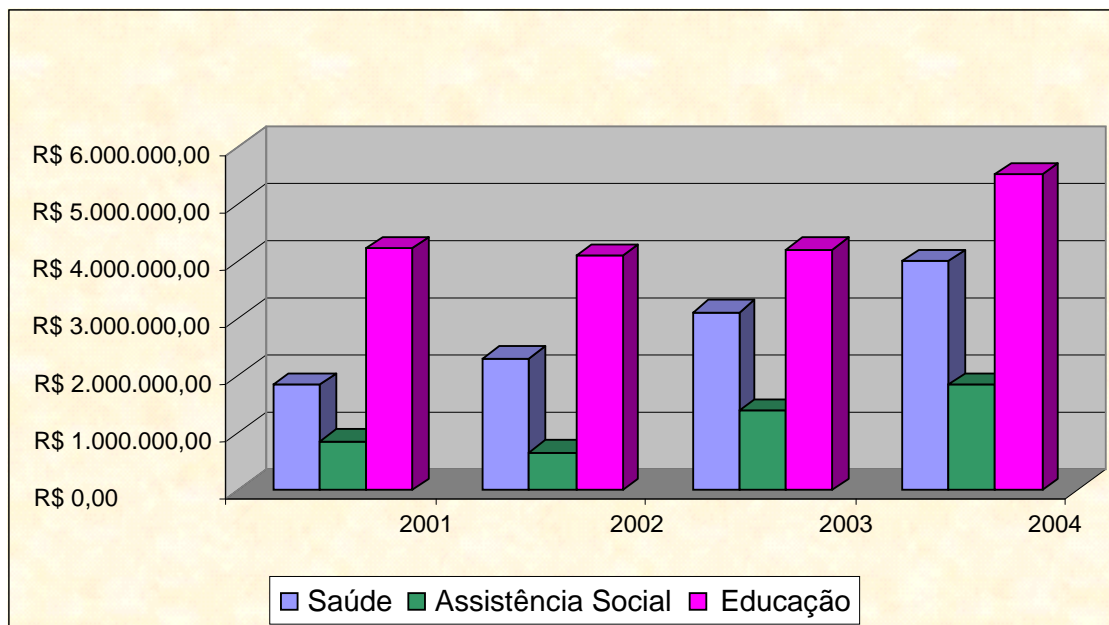


Gráfico 2 Comparativo dos Valores Orçados por Área e Ano

Fonte: Relatório Municipal de Joaçaba da Execução Orçamentária.

Os dados indicam que os valores orçados para a política de saúde, no período de 2001 a 2004, sofreram significativo crescimento, se considerarmos que o valor orçado para a saúde em 2001 foi de R\$ 1.843.200,00 e em 2004 este valor passou para R\$ 4.005.590,72 correspondendo a uma tendência induzida por uma modificação institucional.

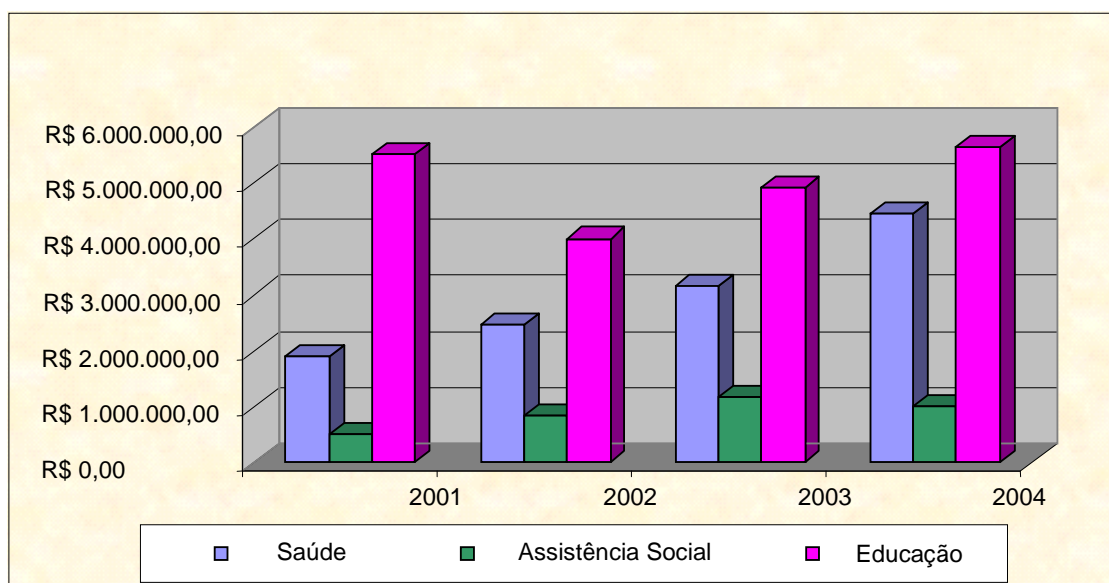


Gráfico 3 Comparativo dos Valores Executados por Área e Ano

Fonte: Relatório Municipal de Joaçaba da Execução Orçamentária.

No gráfico 03, está claramente representada a tendência de crescimento das despesas com saúde. Em relação à área de assistência social percebe-se significativa oscilação com aumentos e diminuições de valores. Já a área da educação é a área em que apresenta maior estabilidade de gastos.

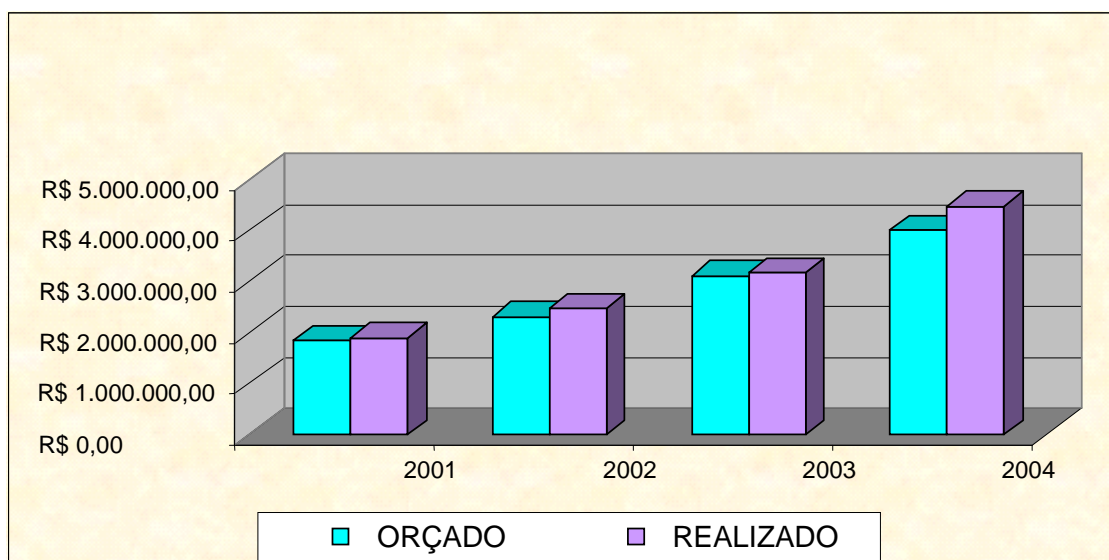


Gráfico 4 Comparativo de Valores Orçados e Executados por Ano na Saúde

Fonte: Relatório Municipal de Joaçaba da Execução Orçamentária.

O mais significativo neste comparativo é constatar o crescimento dos números executados na área da saúde, com o destaque de que este acréscimo ainda é insuficiente para o atendimento do sistema de proteção social universal da cidadania no município.

Há que se ponderar que a tendência ao aumento dos gastos com saúde pode ser avaliada como decorrentes de fatores gerais – envelhecimento da população, incorporação de novas tecnologias, novas epidemias (AIDS, etc.) – e específicos do país – presença de antigas epidemias (malária) e o ressurgimento de outras (cólera e dengue), ausência de controle de custos, falta de melhor estruturação e resolutividade da rede ambulatorial, que aumenta demanda por assistência hospitalar, e falta de maior controle e racionalização dos gastos com assistência hospitalar (PIOLA; VIANNA; BARROS, 1996).

Neste sentido, apesar do acesso universal, do aprimoramento no processo de descentralização e do aumento dos recursos físicos, humanos e financeiros, as ações de promoção e prevenção e as ações de atenção à saúde devem ser reavaliadas de forma a buscar maior racionalidade e potencial protetor e democratizador, ao mesmo tempo.

Os principais avanços da legislação, tomando como base o que foi proposto na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde em 1990, que pretende a construção do SUS como novo modelo de política de saúde, foram, em primeiro lugar, o aumento da descentralização, principalmente através das NOBs, no que se refere à transferência de responsabilidades e atribuições do nível federal para estados e municípios, além das experiências e modelos e da evolução da capacidade de gestão e do aumento da transferência regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde.

À título de ilustração, cabe uma apreciação do gráfico abaixo, que demonstra a evolução do percentual mínimo das despesas próprias com saúde.

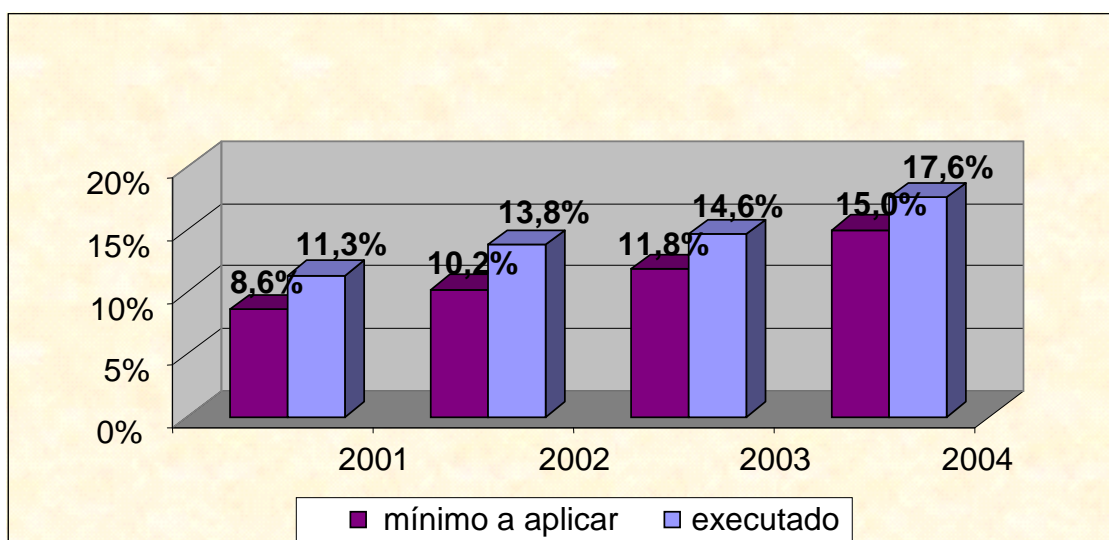


Gráfico 5 Evolução do Percentual Mínimo dos Recursos Próprios (Municipais) Gastos com Saúde

Fonte: Relatório Municipal de Joaçaba da Execução Orçamentária.

O gráfico acima permite verificar que a lógica da construção do orçamento requer a negociação contínua, em razão de permearem pura e simplesmente os valores definidos pela Emenda Constitucional nº 29. Os estados e municípios que

não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela EC – 29 estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Cabe retomar, de maneira bastante breve, que a Emenda Constitucional Nº 29 promulgada em 2000, estabeleceu a vinculação de recursos para ações e serviços públicos para os três níveis de governo. Ao analisar a EC-29, percebe-se duas vertentes: a primeira, a necessidade de ampliação dos recursos destinados à área da saúde, tradicionalmente insuficientes; e a segunda, a capacidade do governo federal distorcer os recursos, reduzindo sua obrigação e repassando para os estados e municípios a responsabilidade maior no financiamento do setor saúde (NORONHA; SOARES, 2001, p. 06).

Podemos perceber que o investimento municipal de Joaçaba com a política de saúde aumentou de 11,8% em 2001 para 18,6%, em valores reais o gasto passou de R\$ 1.891.959,18 para R\$ 4.474.587,69 em 2004.

Uma das explicações para este aumento pode partir das mudanças na definição do SUS, que tem como um de seus objetivos a descentralização no que se refere aos aspectos de competência dos municípios na execução das ações e serviços de saúde.

Assim, a magnitude do gasto com a saúde saiu de um patamar quase irrisório para um valor novamente pouco relevante, seja em relação às necessidades da população, seja em relação ao volume de recursos que o Estado arrecada e gasta com transferências ao setor financeiro. Quando da comparação do gasto per capita em Joaçaba – SC, mais a frente, será possível perceber esta constatação.

Neste sentido, ao analisar os dados orçamentários no que diz respeito às fontes de financiamento das despesas da política de saúde de Joaçaba, percebeu-se que no período de 2001 à 2004 o município as contabilizou sob duas fontes, a fonte de recursos de convênios (sob o código 090), sem especificar a origem do recurso, ou seja, se é transferência federal, estadual ou outros; e a fonte de recursos próprios/ordinários, municipais (080).

A seguir o gráfico 06 demonstra o comparativo das fontes de financiamento da saúde ano a ano.

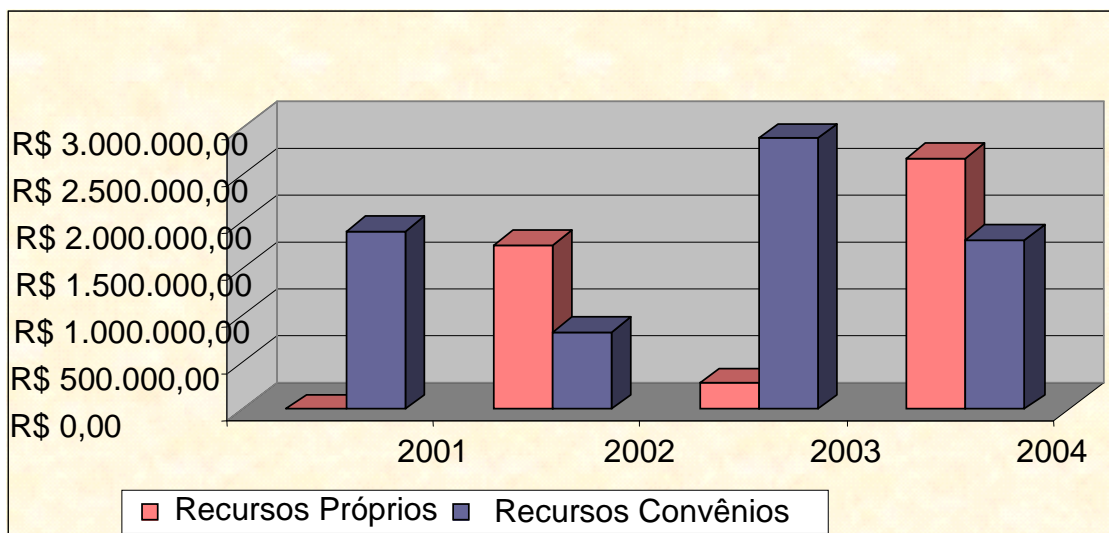


Gráfico 6 Comparativo das Fontes de Financiamento da Saúde

Fonte: Relatório Municipal de Joaçaba da Execução Orçamentária.

Os dados aqui apresentados demonstram significativa oscilação de valores em relação às suas fontes de financiamento. No ano de 2001 não houve nenhum registro de recursos de origem do órgão municipal, porém, é improvável que o município não tenha aplicado recursos próprios na Saúde, tanto que em 2001 a EC-29 já estava em vigor. Já no ano seguinte, ocorre esta visível discrepância de investimentos próprios em relação ao recurso recebido de outras esferas do governo.

Esta ausência de informações demonstra a fragilidade da deste modelo de gestão, principalmente, ao constatá-la como obstáculo concreto para o pleno exercício do controle social das políticas públicas.

Tão importante quanto a análise do aumento das fontes de financiamento e sua evolução é observar a destinação dos mesmos, isto é, verificar em que e como vem sendo aplicados os recursos destinados ao sistema de saúde.

Com relação ao exame dos gastos com a política de saúde de Joaçaba, a tabela abaixo demonstra como foram aplicados os recursos da saúde.

Tabela 4 Distribuição das Despesas de Saúde Realizadas entre 2001 e 2004

| DESPESAS | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Pessoal | 40,8% | 54,9% | 60,3% | 53,4% |
| Material de Consumo | 13,0% | 14,8% | 14,5% | 16,6% |
| Serviços de Terceiros | 44,0% | 23,6% | 16,6% | 22,8% |
| Subvenções Sociais | 0,0% | 0,0% | 2,9% | 3,6% |
| Outros | 0,0% | 1,7% | 1,1% | 1,3% |
| Obras | 0,1% | 0,9% | 0,0% | 0,0% |
| Equipamentos | 2,1% | 4,1% | 4,7% | 2,3% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fonte: www.siops.datasus.gov.br

Conforme os objetivos da pesquisa em tela, são selecionadas as despesas referentes à execução das ações de saúde especificamente, registradas pelas sub-funções orçamentárias.

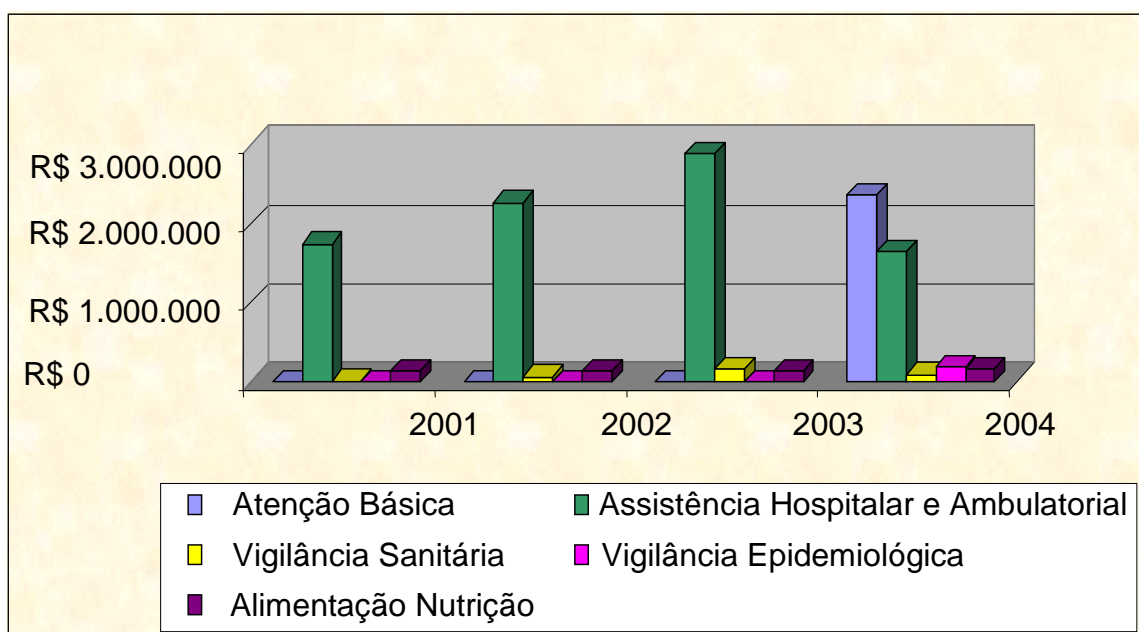


Gráfico 7 Comparativo dos Valores Executados por Sub-Função na Saúde

Fonte: Relatório Municipal de Joaçaba da Execução Orçamentária.

Em termos quantitativos, o gráfico 07 demonstra que nos anos 2001, 2002 e 2003 das cinco sub-funções da saúde apenas três obtiveram registro financeiro.

Neste período as subfunções (301 e 304) de Atenção Básica e de Vigilância Epidemiológica não obtiveram nenhum registro contábil.

Através destes dados, fica evidente que o modelo plural de saúde (modelo de atenção básica à saúde) começa a ser implementado apenas no ano de 2004, através da execução do gasto com a sub-função de atenção básica. Para fortalecer esta constatação, buscamos os números realizados em 2005 e 2006 na sub-função de Atenção Básica (301). Os números apresentam gradativo aumento de investimento, demonstrando sinais de efetiva alteração do modelo de gestão em Joaçaba. À este propósito apresentamos a tabela abaixo:

Tabela 5 Comparativo dos Valores Executados por Sub-Função

| SUB-FUNÇÃO | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Atenção Básica | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | R\$ 1.751.180,24 | R\$ 2.275.411,14 | R\$ 2.888.955,26 |
| Vigilância Sanitária | R\$ 3.512,02 | R\$ 57.147,08 | R\$ 148.131,88 |
| Vigilância Epidemiológica | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| Alimentação Nutrição | R\$ 137.266,92 | R\$ 138.678,82 | R\$ 128.980,51 |
| SUB-FUNÇÃO | 2004 | 2005 | 2006 |
| Atenção Básica | R\$ 2.383.112,60 | R\$ 5.370.236,92 | R\$ 2.422.915,91 |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | R\$ 1.643.643,15 | R\$ 332.486,77 | R\$ 2.395.063,80 |
| Vigilância Sanitária | R\$ 86.589,69 | R\$ - | R\$ - |
| Vigilância Epidemiológica | R\$ 194.123,21 | R\$ 80.424,17 | R\$ 59.700,38 |
| Alimentação Nutrição | R\$ 167.119,04 | R\$ 174.641,31 | R\$ 206.926,79 |

Fonte: Relatório Municipal de Joaçaba da Execução Orçamentária.

Há que se ressaltar, entretanto, que a classificação orçamentária (por sub-funções) não expressa integralmente todas as ações identificadas na modalidade de serviços asseverados no SUS, pois, para além da natureza da ação desenvolvida, essa classificação também expressa a modalidade de financiamento contida na programação orçamentária do Fundo Nacional de Saúde, que chega ao município no fundo, na forma de transferência direta ou convenial.

O registro impreciso e, em certos casos, também equívoco da política pública de saúde no conjunto das demonstrações contábeis, que tratam das receitas e despesas governamentais, cria dificuldades operacionais suplementares no exame das contas públicas referentes ao financiamento dessa especial área da seguridade social.

Tampouco se pode excluir a possibilidade de má gestão operacional, o que deixaria o país numa situação difícil, pois seria de se supor que o Estado brasileiro não consegue operacionalizar corretamente suas despesas e obrigações. Enfim, a histórica ausência de correspondência entre o orçado e o executado, em índices não desprezíveis, revela uma combinação de problemas que vão desde a restrição fiscal, com o redirecionamento dos recursos sociais para pagamento e rolagem da dívida, até uma fragilidade institucional de gestão das políticas públicas.

São números que por uma série de mecanismos fiscais e de gestão da política econômica vem sofrendo mudanças na metodologia de classificação¹⁰ elaborada pelo governo federal.

Parece-nos que a temática orçamentária, do ponto de vista da administração pública, atende a lógicas muitas vezes estranhas ao processo histórico de conquista de direitos sociais e, em consequência, às exigências político-conceituais que devem demarcar as áreas sociais, a bem do serviço público, ou seja, para garantir racionalidade, transparência e efetividade no financiamento das políticas sociais.

Cabe questionar como será possível planejar um conjunto amplo e complexo de ações, como as que concretizam o direito à saúde, se na verdade, elas estão dispersas, pulverizadas, superpostas e concorrentes, se elas não se encontram organizadas a partir de uma concepção discutida, consensual, pactuada, e assimilada pelo conjunto dos protagonistas, tanto governamentais quanto da sociedade civil?

O controle social na saúde é um direito conquistado, que advém do capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988, mais precisamente do princípio da “participação popular”. Historicamente, a categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é utilizado na sociologia clássica, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população.

¹⁰ Mais informações na Portaria nº 42, de 14/04/1999, do Ministério de Orçamento e Gestão.

Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população no sentido de elaborar, implementar e fiscalizar as políticas sociais. Esta concepção tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia (BRAVO, 2006, p. 83), participação esta, exercida, principalmente, através dos conselhos de direitos e de políticas públicas e, dentre estes, o da saúde também.

Assim, é relevante a afirmação de Aldaíza Sposati à respeito da expectativa sobre aquilo que um conselho pode ser, na sua área de abrangência, é uma aposta aberta que se configura a partir de ações políticas empreendidas pelos sujeitos que se agregam nos espaços dos conselhos.

Os conselhos são arenas de negociação que podem ser um espaço de qualificação da gestão democrática. Como toda arena de negociação, sua qualidade decorre de múltiplos fatores, como, por exemplo, o preparo dos próprios conselheiros em formular opiniões e argumentos defensivos dos atendimentos e dos direitos. (SPOSATI, 1995, p. 104).

A sinalização deste aspecto é importante para chamar a atenção para o fato de que um conselho não se resume e nem se esgota na ação dos seus membros. Para que haja a ampliação e a consolidação da cidadania é necessário que o conjunto das demonstrações contábeis de uma política social seja suficiente para exprimir a real situação econômica daquela política.

A tabela abaixo representa os gastos com saúde dos governos federal, estadual (em questão, o estado de Santa Catarina) e municipal (Joaçaba) por habitante.

Tabela 6 Comparativo de Gastos com Saúde por Habitante

| Esfera Governamental | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------------------|------------|------------|------------|------------|
| Federal / Brasil | R\$ 130,37 | R\$ 141,65 | R\$ 153,68 | R\$ 180,10 |
| Estadual / Santa Catarina | R\$ 84,96 | R\$ 160,30 | R\$ 149,64 | R\$ 207,95 |
| Municipal / Joaçaba | R\$ 67,69 | R\$ 95,87 | R\$ 124,21 | R\$ 175,29 |

Fonte: www.siops.datasus.gov.br

Percebe-se crescimento de investimento público em todas as esferas de governo, porém, esses valores ainda são muito abaixo ao se comparar com os gastos com saúde em países como Portugal e Espanha que chegam a investir US\$

1.000 (mil dólares) por habitante ao ano, ou ainda, Canadá, Inglaterra, Suíça e França que utilizam US\$ 2.000 (dois mil dólares) por habitante ao ano em saúde (MACHADO, 2004).

Os dados demonstram que o acréscimo de recursos financeiros para o SUS, nas três esferas de governo, ocorre de forma mais acentuada na esfera municipal. O Ministério da Saúde, através dos recursos transferidos pelo PAB variável vem incentivando os municípios a adotarem alguns programas que transferem recursos regularmente havendo necessidade de contrapartida do município.

De acordo com a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, contrapartida é “um percentual obrigatório, estabelecido na LDO, relativo aos recursos recebidos pelos estados ou municípios, que devem ser alocados em espécie (recursos financeiros) ou em bens e serviços economicamente mensuráveis na forma da Lei”.

Já o co-financiamento é a parcela do recurso financeiro próprio que o estado ou o município aloca no seu orçamento, visando complementar os recursos necessários para garantir a realização das ações previstas no Plano Plurianual de Saúde (PAIVA, 2003).

Diante desse quadro, percebe-se que houve o engendramento de estratégias incisivas para comprometer estados, distrito federal e municípios com o financiamento da saúde, através do já citado co-financiamento. Essa decisão pautava-se na percepção de que a grande maioria dos entes federados criou seus respectivos fundos de saúde para cumprir as formalidades exigidas pela LOS, oferecendo apenas as contrapartidas mínimas definidas pela LDO federal como condição para a realização de transferências voluntárias da União, ou seja, recursos humanos e institucionais.

À título ilustrativo, o gráfico que segue representa a evolução dos valores realizados com saúde per capita no município de Joaçaba, conforme citado na tabela anterior.

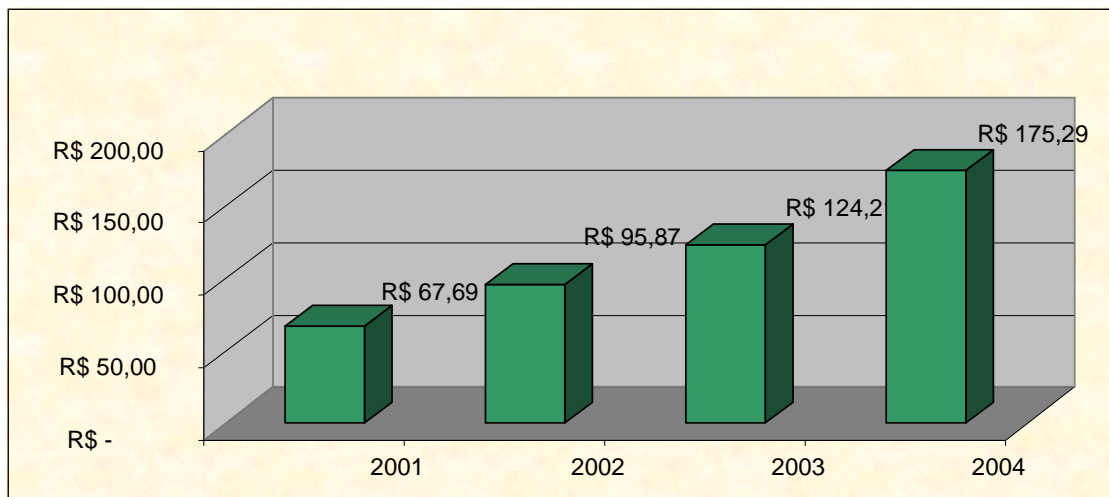


Gráfico 8 Evolução dos Valores Realizados com Saúde Per Capita em Joaçaba

Fonte: Relatório Municipal de Joaçaba da Execução Orçamentária

Ainda que se deva reconhecer que a crise fiscal do Estado brasileiro exige gradualismos para a universalização, com a escolha de ações prioritárias, talvez por gerações, o critério de financiamento - o conteúdo e a forma - deveriam expressar esse direito universal da população, de acordo com suas necessidades básicas em medidas sociais diversas. O reconhecimento da responsabilidade estatal, em resposta aos direitos sociais, por via do financiamento adequado às políticas sociais, é, portanto, o princípio fundador da seguridade social universal. Nesses termos, cabe enfatizar:

Como se pode depreender, a concepção de política social adotada [...] identifica-se com o conjunto de provisões de necessidades sociais do cidadão, que são incluídas como de responsabilidade social e pública. O financiamento público é uma categoria primordial, o que coloca em segundo plano o caráter estatal da produção do serviço ou da resposta dada. [...] Instala-se aqui uma forte polêmica no sentido de caracterizar as iniciativas de aplicação de verbas públicas que significam a ampliação do controle social e da democracia, daquelas que se orientam pela refilantropização do social ou empecilho à efetivação de direitos sociais (SPOSATI, 2003, p. 04).

A organização da política nacional de saúde, como um sistema único descentralizado e participativo, requer profunda revisão de forma que as ações possam ser financiadas, de acordo com os benefícios, serviços e programas oferecidos pelos municípios e distrito federal, primordialmente, e pelos estados complementarmente.

Ela é, assim, fundamental para o avanço do processo de realização dos direitos sociais, na razão direta de que dela depende a organização de um modelo de financiamento por transferências automáticas, custeadas com um piso único de financiamento e, finalmente, subsidiada com a construção do sistema unificado de informações a respeito da política pública de saúde. Sabe-se que é uma decisão imperativa para a política pública de saúde desenvolver consistentemente novos e vigorosos conhecimentos, com um esforço de revelação da realidade e do enfrentamento de suas necessidades coletivas.

Não obstante as providências de organização dos instrumentos de gestão financeira, como a sistemática de estabelecimento de convênios, os critérios de partilha, as modalidades de atendimento, as tabelas de valores-referência para custeio dos serviços co-financiados, entre outros, o processo orçamentário parece espelhar uma atitude ambígua e contraditória.

A intervenção do Estado nesse domínio é, pois, simultaneamente excessiva e deficitária: excessiva no nível da produção legislativa e deficitária no nível da proteção concreta e do investimento real. Sua apreensão, nesse sentido, pode ser mais bem conduzida, se um pequeno parênteses histórico for disposto.

Muito embora não seja objeto deste estudo, cabe sinalizar que no ano de 2006 o Ministério da Saúde propôs uma reforma institucional do SUS que deve ser pactuada entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS.

O Pacto pela Saúde engloba o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente.

As formas de transferências dos recursos federais para os estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando a implantação do SUS, ao longo dos anos 1990, do ponto de vista do financiamento, pôde-se perceber que o seu ponto crucial diz respeito à possibilidade de se estabelecer fontes estáveis para o setor e de se definir claramente o mecanismo e os critérios de transferência de recursos federais para os estados e municípios.

É preciso destacar que a Constituição Federal de 1988 definiu que a saúde deveria ser financiada com recursos do Orçamento da Seguridade Sociais – OSS, mas não determinou uma porcentagem mínima ou uma fonte específica destinada ao setor em questão.

Na seqüência, a Lei Orgânica da Saúde regulamenta as transferências dos recursos federais para os estados e municípios, estabelecendo os critérios para a realização da transferência regular e automática. E as Normas Operacionais Básicas – NOBs vêm para reforçar e cristalizar esse mecanismo de transferência estimulando e promovendo descentralização do sistema saúde, no qual a união exerce o papel de principal financiador determinador da política nacional de saúde, cabendo aos estados e, principalmente, aos municípios a gestão e a oferta de ações e serviços de saúde.

Um avanço na tentativa de estabelecer recursos estáveis e mínimos para o setor saúde é dado pela promulgação da Emenda Constitucional Nº 29 – EC-29, que define porcentagens vinculadas ao PIB, no caso da união, e à arrecadação, no caso dos estados e municípios.

Dain et al. (2001) critica a EC-29 pela desvinculação do gasto federal em saúde em relação às contribuições sociais e da sua vinculação ao PIB dado que o gasto seria maior caso fosse vinculado também às contribuições sociais. Além, estando o financiamento da saúde vinculado ao PIB e à arrecadação, ele está atrelado ao comportamento do nível da atividade econômica, que se apresenta estagnado a quase duas décadas.

É preciso destacar o comportamento dos recursos dos estados e municípios, conforme explanado, o caso de Joaçaba tomado como referência, que por um lado, tornam-se os grandes responsáveis pelas ações e serviços de atenção à saúde e pela gestão do sistema de saúde diante do processo de descentralização e vêm-se

comprometidos com a aplicação de percentuais mínimos dos seus recursos fiscais em ações e serviços de saúde de acordo com a EC nº 29.

Por outro lado, apresentam finanças cada vez mais desorganizadas, decorrente do processo de endividamento e do descompasso entre as receitas e as despesas, resultado do próprio processo de descentralização e da EC nº 29 (que carimbam e vinculam suas receitas fiscais e elevam seus gastos), da estagnação econômica (que reduz sua arrecadação própria e a receita disponível), das alterações na legislação tributária, das taxas de juros reais positivas e elevadas (que elevam suas dívidas e os gastos com encargos financeiros) e do processo de renegociação das dívidas e da Lei de Responsabilidade Fiscal (que vinculam percentuais de suas receitas e congelam o processo de endividamento).

O SUS completou seus 15 anos de existência e, não obstante ter conseguido alguns avanços, o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente.

O Projeto de Reforma Sanitária, explicitado neste texto, tem como uma de suas estratégias o SUS e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, da saúde.

O projeto saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico-assistencial privatista, está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências a contenção de gastos com racionalização da oferta de serviços e ações. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

A questão mais grave no que se refere ao gasto com saúde, está localizada no financiamento do sistema, ou seja, na insuficiência dos montantes alocados para fazer frente ao desafio de assegurar o direito à saúde de forma universal e integral. Dados da Organização Mundial da Saúde mostram que o gasto público per capita do Brasil em 1998 (US\$ 154), correspondia a 42% do observado na Argentina (US\$ 366), a 12% do realizado pelo Canadá (US\$ 1.296) e a 8,5% do verificado nos EUA (US\$ 1.817).

Esta questão transcende a esfera setorial , estando determinada pela lógica que rege a política macroeconômica, segundo a qual a prioridade absoluta está colocada na dimensão financeira e no pagamento da dívida pública, conforme relatado no decorrer deste trabalho.

Vislumbra-se a defesa do papel do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população, impulsionando a perspectiva universalista para cada vez mais longe de ser atingida (BRAVO, 2006, p. 78).

A dificuldade continua sendo o desfinanciamento das políticas sociais e sua submissão às políticas econômicas. Neste contexto, os valores solidários, coletivos e universais que pautaram as formulações da seguridade social inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídas pelos valores individualistas, corporativos, focalistas, que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado que tem por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema.

Nesta conjuntura, houve avanços no sistema nacional de saúde, entretanto, os avanços foram mais intensos na questão da institucionalidade – do modelo de organização do sistema e de atenção à saúde e dos mecanismos de financiamento – que no aumento do gasto. Ficou evidenciado, entretanto, que houve crescimento no gasto em saúde, mas certamente este poderia e deveria ter sido maior, diante das necessidades da população, frente ao potencial do OSS, exigido pela EC nº 29, e pretendido pela legislação para a construção do SUS de acordo com todos os princípios constitucionais.

Há que se levar em conta, ainda, o avanço propiciado pelos conselhos de saúde enquanto espaços públicos de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e da cidadania. Muito embora, grande parte desses tenham sido criados apenas formalmente para cumprir o requisito legal para recebimento de recursos (CORREIA, 2006, p. 127).

Como espaços de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele representados, os conselhos devem se consolidar como importante mecanismo de controle social e propositor dos rumos da política pública de saúde.

Nessa perspectiva, a presente dissertação de mestrado buscou analisar a composição do financiamento e a magnitude do gasto da política de Saúde em

Joaçaba, frente às diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS e a garantia do direito à saúde, na gestão 2001-2004.

Diante dos resultados expostos, e considerando os objetivos deste trabalho, as análises sobre a estrutura de financiamento, em especial sobre suas fontes para aplicação da saúde em Joaçaba, nos mostram a dificuldade de demonstrar informações claras a esse respeito. O município as contabilizou simplesmente sob duas fontes, a fonte de recursos de convênios (sob o código 090), sem especificar a origem do recurso, ou seja, se é transferência federal, estadual ou outros; e a fonte de recursos próprios / ordinários, municipais (080).

Esta ausência de informações demonstra a fragilidade da política social, principalmente, ao se constatá-la como obstáculo concreto para o pleno exercício do controle social das políticas públicas.

No que se refere a magnitude do gasto com saúde, a insuficiência dos recursos destinados à política pública de saúde dificultam a garantia do direito à saúde de forma universal e integral.

Os números analisados, referentes ao gasto com saúde em Joaçaba, mostraram que o modelo plural de saúde (modelo de atenção básica à saúde) começa a ser implementado apenas no ano de 2004, através da execução do gasto com a sub-função de atenção básica. Tanto que a análise realizada nos dois anos subsequentes (2005 e 2006) apresentam gradativo aumento de investimento, demonstrando sinais de efetiva alteração do modelo de gestão em Joaçaba.

De modo geral, pode-se afirmar que houve ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pela SUS e mudança nas práticas de atenção em várias áreas (saúde mental, por exemplo) e da atenção básica e de estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família, principalmente implementados no início de 2004.

Resta enfatizar a provocação que o futuro nos apresenta. Assegurar a consolidação do sistema público universal de atenção à saúde corresponde a garantir o exercício do direito fundamental das pessoas – o direito à vida, contribuindo fortemente para a inclusão e a construção da cidadania. O gasto federal tem papel estratégico nessa tarefa, direcionando investimentos para a superação de desigualdades regionais e a construção da equidade no acesso à atenção de boa qualidade. Esse é o desafio.

REFERÊNCIAS

ANFIP, **Análise da Seguridade Social em 2004**. Brasília: Fundação Anfip de Estudos da Seguridade Social, 2005.

AZEREDO, B. **Um estudo sobre as contribuições sociais**. Rio de Janeiro, IEI/UFRJ, 1987. (Dissertação de Mestrado).

BARROS, E. **Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil**: marco legal e comportamento do gasto. In: Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde nº4. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 2002.

_____. PIOLA, S. F., VIANNA, S. M. **Política de Saúde no Brasil**: diagnósticos e perspectivas. Brasília: IPEA, 1996 (Texto para discussão nº 401).

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra Reforma**: Desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BELTRÃO, K. *et al.* Fontes de Financiamento da seguridade social no Brasil. In: Ministério da Previdência Social (org.). **A previdência social e a revisão constitucional**. Brasília: Cepal Escritório no Brasil, 1993.

BRAGA, J. C. S., PAULA, S. G. **Saúde e Previdência. Estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A prática do controle social**: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. Brasília, 2000.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. nº 88. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

_____. (org); MATOS M.C. **A Saúde no Brasil**: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I. S. e POTYARA, A. P. (org.) **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2002.

BOSCHETTI, I., **Assistência Social no Brasil**: Um direito entre originalidade e conservadorismo. 2ª ed., Brasília: GESST/SER/UnB, 2003.

_____; SALVADOR, E. Orçamento da Seguridade Social e política econômica: perversa alquimia. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, set., 2006 a.

_____. *et al.* O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no período 1999 a 2004: Quem paga a conta? In: MOTA, A. E. et al (org.) **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006 b.

CAMPELLI, M. G., CALVO, M. C. O financiamento do Sistema Único de Saúde e o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29. **Dissertação de Mestrado em Saúde Pública**. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, 2005.

CARVALHO A. , In: FLEURY, S. (org) **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____, *et al.* . A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M., SOARES, D. A., CORDONI Jr, L. (orgs). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

CASTEL, R. **As Metamorfoses da Questão Social**. Uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde.

Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986.

COSTA, R. C. R. Descentralização, Financiamento e Regulação: A reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil durante a Década de 1990. In: **Revista de Sociologia Política**, nº 18. Curitiba, 2002.

DAIN, S.; SOARES, L. T. Reforma do Estado e políticas públicas: relações intergovernamentais e descentralização desde 1988. In: OLIVEIRA, M. A. (org.). **Reforma do Estado e política de emprego no Brasil.** Campinas: UNICAMP, 1998.

_____. et al. Avaliação sobre os impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde.** Campinas: Unicamp, 2001.

FAGNANI, E. Avaliação do ponto de vista do gasto e financiamento das Políticas Sociais. In: RICO, E. M. (org). **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate.** São Paulo: Cortez, IEE, 1998.

_____. Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período 1993-1998. In: RICO, E. M. e RAICHELIS, R. (orgs). **Gestão Social: uma questão em debate.** São Paulo: EDUC; IEE, 1999.

IPEA, **Boletim de Políticas Sociais.** Brasília: Ipea, 2003.

LAURELL, A .C. (org). **Estado e Políticas Sociais no neoliberalismo.** São Paulo: Cortez, 1997.

LUCCHESI, P. T. R. **Descentralização do financiamento e da gestão da assistência à saúde no Brasil:** a implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990 – 1995. mimeo, 1996.

MACHADO, K. **Gastar bem o pouco que se tem, sem abandonar a luta para se ter mais**. Radis. Rio de Janeiro, 2004.

MANSUR, M. C. O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990. **Dissertação de Mestrado**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, escola Nacional de saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

MARQUES, R. M., MENDES, A. **SUS e Seguridade Social**: em busca do elo perdido. In: Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, 2005.

MEDICI, A. C. Saúde: modelos de gestão descentralizada. Alternativas para o Brasil. In: VELLOSO, J. P. R.; ALBUQUERQUE, R. C. & KNOOP, J. (coords.). **Políticas Sociais no Brasil**: descentralização, eficiência e equidade. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Altos Estudos-Instituto-Latino-Americano de Desenvolvimento Econômico e Social, 1995.

_____. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1994.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social – notas para análise prospectiva da Profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 50, abr. 1996.

NOGUEIRA, V. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro**: construindo uma nova agenda. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2002.

NORONHA, J. C. SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. In: **Revista Ciência Saúde Coletiva**, 2001, Vol. 6, nº 2.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im) **Previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

OLIVEIRA JÚNIOR, M. **O financiamento da área social e do Sistema único de Saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns>>. Acesso em: Fev. 2005.

PAIVA, B. A. O Poder Popular na Venezuela e a Práxis Bolivariana. In: OURIQUES, Nildo (orgs). **Raízes no libertador. Bolivarianismo e Poder Popular na Venezuela**. Florianópolis: Insular, 2005.

_____. **A Política de Financiamento da Assistência Social**: a imprecisa tradução da LOAS. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, São Paulo: 2003.

_____; ROCHA, Paulo E. O financiamento da política de assistência social em perspectiva. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. n.68, São Paulo: Cortez, novembro, p. 83-110, 2001.

PIOLA, S. F. **Perspectivas da descentralização na saúde Pública**. Disponível em <www.socwatch.org.uy> – Acesso em: março 2006.

_____ Comentário: Financiamento dos serviços de saúde pública nos últimos 40 anos. In: **Revista Saúde Pública**, 2006,

PELEGRINI, M. L.; CASTRO, J. D.; DRACHLER, M. L.,. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 10, nº 2, abr/jun. 2005,

PEREIRA. P. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2002.

POCHMANN, M. **Gasto social e distribuição de renda no Brasil**. Disponível em: <www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje> Acesso em: jan: 2006.

RAICHELIS, R. **Desafios da gestão democrática das políticas sociais**. In: Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 3. Brasília: UnB, 2000.

_____. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, A. E. et al (org.) **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

SACARDO, G. A.; CASTRO, I. E. **Conselhos de Saúde**. Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas da cidade de São Paulo, nº 08. São Paulo, Instituto Polis / PUC-SP, 2002.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

SANTOS, H.; CAETANO J. C. Financiamento e gastos na Saúde no município de Joinville – SC de 1999 a 2003 – um estudo de caso. **Dissertação de Mestrado em Saúde Pública**. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2005.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. vol. 6, nº02, 2001.

SPOSATI, A. Os desafios da municipalização do atendimento à criança e ao adolescente: o convívio entre a LOAS e o ECA. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 46, 1994.

_____. Redução das desigualdades regionais na alocação de recursos federais para a saúde. **Revista Ciência Saúde Coletiva**. 2003.

_____. Cidadania e Comunidade Solidária. In: **Serviço Social & Sociedade**. n. 48, São Paulo: Cortez, 1995.

UGÁ, M. A.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS. In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1996.

VASCONCELOS, A. M. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VIANNA, M. L. W. **Seguridade Social: três mitos e uma mentira**. Universidade e Sociedade. Brasília, 1999.

ANEXOS

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

BRASIL. **Constituição da República federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da república federativa do Brasil**:. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de outubro de 2000. Altera a Constituição Federal para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde - DOU 14/09/2000

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília,DF.

BRASIL. Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996. Dispõe sobre a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília,DF.

BRASIL. 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 de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília,DF.

BRASIL. 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília,DF.

BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília,DF.

NORMAS OPERACIONAIS DO SUS

Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Republica, com alterações a NOAS-SUS 01/01.

Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/01.

Portaria MS/GM nº 2.203, de 06 de novembro de 1996. Edição da Norma Operacional Básica 01/96.

Ministério da Saúde. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei (Norma Operacional Básica do SUS 01/93), 1996.