

**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE: UMA DAS FACES
DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

***NATIONAL HEALTH COUNCIL: ONE OF THE FACES
IN BRAZILIAN HEALTH POLITICS***

Nittina Anna Araújo Bianchi Botaro¹, Ignacio José Godinho Delgado²

¹ Bolsista da FAPEMIG, atualmente é graduanda do curso de História, do departamento de História, localizado no Instituto de Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora. Cidade de Juiz de fora, Minas Gerais, Brasil. Endereço eletrônico: nittina.bianchi@hotmail.com.

² Professor do Departamento e do Programa de Pós Graduação em História da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Doutor em Ciências Humanas – Sociologia e Política, pela UFMG.

Resumo:

O presente artigo tem por objetivo apresentar os resultados parciais da pesquisa intitulada “Atores e Trajetórias da Política de Saúde no Brasil”. Nesta primeira fase, procuramos entender como o Conselho Nacional de Saúde contribuiu/contribui para a formação do atual formato da política de saúde no Brasil, além disso quais foram as principais temáticas que permearam essa instituição, e por fim quais foram os grandes obstáculos enfrentados.

Palavras-Chave: políticas sociais, saúde pública, provedores privados.

Abstract:

The following article intends to present partial results of the research named “Actors and Trajectories of Brazilian Health Politic”. In this first stage, we tried to understand how the National Health Council has helped to constitute the current format of health politics in Brazil, besides which were the main matters debated in this institution, and at last which obstacles were faced.

Keywords: social politics, public health, private providers

1. INTRODUÇÃO

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

2. METODOLOGIA

O projeto busca analisar os atores e suas respectivas arenas na formulação da estrutura do Sistema Único de Saúde brasileiro. Pretende-se apurar o papel desempenhado pela categoria profissional dos médicos e provedores privados de serviços de saúde na definição dos rumos tomados pela política brasileira de saúde desde a Carta de 1988 até os dias atuais. Para tanto, traçaremos uma análise que privilegia as coalizões³ firmadas entre diversos atores sociais, os recursos de

³ DE SWAAN, Abram. (1988), **In care of the state. Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era.** Cambridge, Polity Press

poder de que podem dispor e as arenas de formulação e decisão sobre a política em tela ⁴

A pesquisa tem como foco uma das dimensões possíveis da relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro, a saber, a atuação de médicos e hospitais privados para influenciar os rumos da política de saúde brasileira⁵. Vai, portanto, identificar as proposições deste atores e analisar sua presença – ou não – nas arenas que se constituem para formulação e execução da política de saúde no Brasil desde 1988.

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

⁴DELGADO, Ignacio Godinho. **Previdência social e mercado no Brasil**. São Paulo, LTr, 2001. Ver também e IMMERGUT, E.M. (1992). **Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe**. Cambridge University Press e DE SWAAN, Abram. (1988), **In care of the state. Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era**. Cambridge, Polity Press.

⁵Um balanço extremamente detalhado pode ser encontrado nos artigos presentes em: SCOREL, S. NASCIMENTO, D. R., EDLER, F. C. *As Origens da Reforma Sanitária e do SUS*. In: LIMA, N. T., GERSCHMAN, S. EDLER, F. e SUAREZ, J. M (org) (2005) **Saúde e Democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ

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

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de apresentarmos os resultados coletados junto às atas do Conselho Nacional de Saúde, faz-se necessário uma pequena contextualização sobre o surgimento do Conselho e o papel que o mesmo cumpriu/cumpru ao longo da História da saúde brasileira.

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

A Carta de 1988 garantiu ao Conselho o caráter de um órgão colegiado com representação de diversos setores da sociedade, e poder deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, conforme definido pela Lei Federal 8.142/90, em seu segundo parágrafo.⁶

Essa breve apresentação já nos permite entender a dinâmica do Conselho, as suas obrigações e também - o que será muito útil mais adiante - porque seus conselheiros se manifestam constantemente a reclamar sobre o desprestígio que lhe devota o Executivo.

Pois bem, ao nos determos nas atas do Conselho Nacional de Saúde, no período abrangido por esta pesquisa, salta aos nossos olhos três temáticas fundamentais: são elas, a regulamentação dos planos suplementares, a discussão em torno da Lei Orgânica e por fim a dificuldade de implementação das Normas Operacionais Básicas (NOBs).

Sobre a primeira temática, é nítida a preocupação dos conselheiros sobre a regulamentação do setor suplementar, sobretudo, com a falta de tempo hábil para o Conselho discutir e emitir propostas ao Ministério da Saúde. A rapidez com que tramitaram as medidas pela Câmara impediu que os membros viabilizassem estudos completos sobre o projeto, e mesmo quando se chegou a algumas conclusões, foram poucas as resoluções acatadas pelo Executivo. Somado a esse panorama, ocorria também a aprovação de medidas nas Câmaras sem uma análise previa dos conselheiros, fatos que desrespeitavam uma das competências do órgão, alcançada na Constituição de 1988 - a de formular estratégias e controlar a execução das políticas de saúde.

⁶ CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE, disponível em: <http://conselho.saude.gob.br/>, acessado no ano de 2008.

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

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

“Considerando os debates realizados sobre a Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde, resolve: Protestar contra a maneira com que a atual direção do Ministério da Saúde vem tratando a questão da Regulamentação dos Planos de Saúde. Recentemente encaminhou ao Congresso Nacional, na pessoa do Relator de Comissão Deputado Pinheiro Landim, Proposta de Lei de regulamentação da matéria. O Conselho Nacional de Saúde não pode ser desautorizado ou desprestigiado pois seu papel legal não é o de apenas “ser participado” das decisões tomadas pelo Ministro, mas ter parte ativa nas resoluções após sua discussão e deliberação, principalmente quando o próprio Conselho Nacional de Saúde já havia discutido e aprovado uma proposta sobre o assunto. Diante disto: a) Reafirmamos a proposta de regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde, aprovada anteriormente na plenária do Conselho Nacional de Saúde; b) Designamos uma comissão de Conselheiros para expor ao Deputado Pinheiro Landim e outros Deputados da comissão a posição do Conselho; c) Defenderemos a proposta do Conselho junto aos parlamentares e líderes, à época da votação”⁷.

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

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

Em última instância, questionou-se se o Sistema Supletivo era alternativo ou complementar ao SUS. Na ata de número 69, do ano de 1997, o Deputado Humberto Costa titular da Comissão de Seguridade e Família, lembrou dos problemas acumulados ao longo do tempo, a saber:

1.a indiferença do governo com o assunto; 2. a comissão especial que se formou é composta por parlamentares que representavam o “**lobby**” dos planos e seguros de saúde; 3. o projeto apresentado pelo governo que não tem preocupação de garantir o direito do consumidor; 4. a intenção do governo de acabar com a universalidade do SUS (para viabilizar a universalidade, entende que o Governo precise criar uma rede de alternativa privada de atendimento, ficando o SUS com a demanda dos miseráveis); 5. o objetivo do governo de legitimar algumas práticas já existentes como a proposta da criação de fundo de alta complexidade, que viria a isentar os planos da cobertura desse tipo de atendimento; 6. os defensores do SUS que tratam o assunto de forma secundária e entendem que a principal atribuição é a defesa do sistema público, e que não consideram os quarenta milhões de brasileiros atendidos pelos planos de saúde. Assim, o descaso com o sistema público, na opinião do Deputado, fez com que ocorresse uma verdadeira contra-reforma na saúde, sendo instituído o sistema cartorial dos planos e seguros de saúde. Lembrou ainda, que nesse processo de exclusão, quem assume o ônus dos excludentes é o governo. (...) Diante do exposto, enfatizou que a regulamentação dessa matéria precisará levar em consideração o grande contingente de usuários para que não sejam marginalizados no sistema. (...) **“saúde é um bem de relevância pública”**. **Deputado Humberto Costa** enfatizou que a proposta que defende é possível de ser negociada e permaneceu na defesa da tese de que saúde **“é um direito do cidadão e um dever do Estado”**.⁸

⁸ idem, ata da reunião realizada nos dias três e quatro de setembro de 1997, p. 2-4.

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

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

A Deputada Jandira Feghali, na ata de número 63, do ano de 1997, buscou

“mostrar que a concepção orçamentária que vem se delineando e se consolidando na política do Governo Federal é uma política de redução de orçamento para políticas sociais, de rejeição às políticas de vinculação orçamentária e de um crescimento monstruoso dos recursos orçamentários para sustentação dos encargos financeiros, de sustentação do capital financeiro”.⁹

⁹ Ibidem, ata realizada no dia cinco e seis dias do mês de março de 1997. p 3 e 4.

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

Diante do contínuo trabalho do Conselho em viabilizar resoluções favoráveis ao aumento e fixação da receita da saúde pública ao PIB, o Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, informou ao CNS que o SUS deveria interromper com suas premissas fundamentais e legais, a saber: universalidade e gratuidade devido à falta de recursos. A repercussão no Conselho Nacional da Saúde foi imediata e negativa sobre o futuro do SUS. E foi necessário que o Ministro Carlos Albuquerque fosse a reunião do Conselho e ressaltasse que não se propunha, praticamente, nenhuma alteração legal. Não era preciso, portanto, tirar a universalização, a equidade, a integralidade, para que se pudesse exercer e melhorar a qualidade e a dignidade da assistência à saúde como um todo.¹⁰

A aprovação, inicialmente da Proposta de Emenda Constitucional 169, e posteriormente da Emenda Constitucional 29, ambos instrumentos de mesmo objetivo - a fixação de uma receita para saúde - foi mote presente em quase todas as reuniões do Conselho. É recorrente a preocupação e a mobilização dos conselheiros para a aprovação dessa emenda. O Conselho Nacional de Saúde, preocupou-se/preocupa-se em organizar grupos de trabalhos, dias de mobilização

¹⁰ Idem, ata da reunião realizada cinco e seis dias do mês de março de 1997, p 5 e 6.

junto a sociedade, e presenciar reuniões na Câmara e no Senado para fazer cumprir seu papel deliberativo, representativo e fiscalizador.

No último ponto analisado pela pesquisa, as Normas Operacionais Básicas, verificamos que a sua aplicabilidade foi prejudicada, sobretudo, pela falta de recursos disponíveis. Segundo o Dr. Álvaro Machado, responsável pela Secretaria de Políticas de Saúde de Mato Grosso do Sul, a realidade é que não há ainda recursos totais previstos para implantação da NOB/96. O Conselheiro Eurípedes Balsanúfo Carvalho, mestre em Saúde Coletiva e conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) enfatizou que a situação em sua opinião é muito mais séria do que se possa imaginar. Analisa, portanto, a política proposta pelo governo, sob dois aspectos: **a)** PEC-196, ainda não aprovada por falta de recursos;

“b) Regulamentação dos Planos de Saúde, pois neste caso, há um investimento de cerca de 18 bilhões de reais, o dobro de que o Governo Federal investe no setor, e no caso específico dos Planos Privados, para atendimento a somente 25% da população. Pergunta então, qual a política do governo? Será a de implementar o setor privado?. Disse, também, não entender como a administração do MS aceita intervenções desse quilate, sem tampouco receber os recursos da CPMF a contento. Enfim, recebe-se o calote da equipe econômica, havendo **“tolerância elegante”** por parte do Ministro da Saúde”¹¹.

O conselheiro Oswaldo Lourenço, representante da associação de aposentados, em seu depoimento demonstrou também preocupação quanto à falta de recursos para aplicação na área da saúde e na implantação da NOB/96. Conselheiro Gilson Cantarino O’Dwyer, membro do Conselho Nacional de

¹¹ Ibidem, trinta de setembro e primeiro de outubro de 1997, p. 13.

Secretários de Saúde (CONASS), colocou sua dúvida com relação a abertura de crédito para operacionalização da NOB, tendo em vista que, a grande dificuldade de fechamento de receitas.

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

4. CONCLUSÃO

Por ora, percebemos que a instância, defendida para ser o organismo de formulação e acompanhamento da política da saúde brasileira, sente-se permanentemente desprestigiada pelas iniciativas do Executivo - seja pela ausência de seus representantes na arena do Conselho Nacional da Saúde, seja pelo descrédito dado às resoluções do órgão. Por sua vez, observa-se também um relativo alheamento do setor privado nas atividades do Conselho. Diante desse panorama, as Conferências Nacionais de Saúde tem um papel essencial como um locus de discussão do problemas vigentes da saúde. Ademais, grupos de trabalhos e Comissões especiais são instituídos continuamente com o objetivo de criar ferramentas para enfrentar tantos obstáculos. No curso da pesquisa importa identificar através de que canais, face ao alheamento indicado acima, os provedores privados e associações médicas relacionam-se com os gestores da área de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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