

# AS AMEAÇAS AOS DIREITOS CONSTITUCIONAIS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: O CASO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO ENTRE 2005 – 2016

**José Eduardo Pereira Filho**

Faculdade São Camilo/RJ

E-mail: [eduard.filho@gmail.com](mailto:eduard.filho@gmail.com)

**June Maria Emeline B. Rothstein**

Faculdade São Camilo/RJ

Email: [junerothstein@uol.com.br](mailto:junerothstein@uol.com.br)

**João Carlos Oliveira de Bragança**

Faculdade São Camilo/RJ

E-mail: [jc.braganca@gmail.com](mailto:jc.braganca@gmail.com)

## RESUMO

Os trinta anos da Constituição Federal de 1988 permitem uma reflexão sobre as conquistas sociais alcançadas. As demandas sociais, apesar das ameaças, foram sistematicamente estruturadas à luz da Carta Magna em um contexto forte desigualdade. Para caracterizar a reflexão, o tema saúde será destacado dentro dos regimes autoritário e democrático, inerentes às Constituições de 1967 e 1988. Em contraposição aos princípios de uma economia social de mercado, as determinações do neoliberalismo, a partir dos anos de 1990, também passam a ser analisadas a partir do individualismo. Uma problemática diz respeito ao pensamento único como uma “violência simbólica”. Dando sequência, outro aspecto discutido é a mudança nas regras das transferências de recursos da União para os Municípios, em particular para a cidade do Rio de Janeiro e os efeitos sobre o SUS.

**Palavras-Chave:** Saúde; Neoliberalismo; Recursos.

---

## ABSTRACT

The thirty years of the Federal Constitution of 1988 allow a reflection on the social achievements reached. The social demands, despite the threats, were systematically structured in the light of the Magna Carta in a context of strong inequality. In order to characterize the reflection, the health issue will be highlighted within the authoritarian and democratic regimes, inherent to the Constitutions of 1967 and 1988. In contrast to the principles of a social market economy, the determinations of neoliberalism, starting from the 1990s, also pass to be analyzed from individualism. One problem concerns the single thought as a "symbolic violence." Following up, another aspect discussed is the change in the rules of transfers of resources from the Union to the Municipalities, in particular to the city of Rio de Janeiro and the effects on the SUS.

**Keywords:** Health; Neoliberalism; Resources.

## INTRODUÇÃO

O presente artigo analisa como o setor de saúde foi contemplado na redação constitucional de 1988 e busca identificar as principais ameaças encontradas no presente momento à consagração do direito à saúde. Antes da Constituição Federal de 1988, o direito de acesso ao sistema de saúde era garantido aos indivíduos que contribuíssem para a Previdência Social por meio de vínculo empregatício. A distinção entre o acesso à saúde pela previdência social e pelo sistema de saúde foi condição necessária para diferenciar o caráter contributivo do universal, aspecto que se revelou essencial para a redistribuição de recursos para a saúde pública.

Vale dizer que o principal foco do estudo consiste na discussão em torno do financiamento Federal para saúde, tendo como campo investigativo o município do Rio de Janeiro. Algumas suposições são possíveis de formular no que tange às restrições de direitos consagrados, como o reconhecimento de que decorrem de fatores domésticos em função do abraço do atual governo central à agenda neoliberal.

É reconhecido também que a redistribuição insuficiente de recursos caminha junto com os constrangimentos orçamentários de origem estrutural; sobretudo devido às condições desfavoráveis ligadas à inserção doméstica e histórica de produção em relação ao mercado internacional, ou seja, aspectos de suma importância para determinar a capacidade de financiamento do Estado, principalmente na atualidade. Tais considerações somadas às crises que os acompanham, em particular as crises financeiras internacionais e os efeitos que têm sobre o orçamento público - acabam servindo de subsídio para induzir a dualidade latente, inerente à percepções e sensações dos nos agentes, favorecendo inclinações políticas e ideológicas de caráter liberal e conservador, particularmente em períodos de crises, que a cada instante desafia a ordem democrática estabelecida, principalmente, aquela de caráter mais redistributivo e de cunho progressista em suas intencionalidades.

O procedimento metodológico combinou uma pesquisa de cunho bibliográfico, com o propósito de discutir as categorias conceituais e sociais como cidadania, neoliberalismo e acesso à saúde, ao lado de um levantamento documental acerca informações e dados que revelem uma tendência de mudança de rumo no sentido local das políticas de saúde consagradas a partir dos preceitos que definem a prestação de serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) e pela própria Constituição Federal (CF).

Na primeira seção será abordado o contexto político e econômico da configuração da Constituição em 1988, amparada na redemocratização do país. Sobre este aspecto é pertinente também descrever a reestruturação produtiva imposta a partir dos anos de 1990.

Em sequência, será trabalhado o embate político em torno das funções do Estado ao contexto brasileiro para reflexão de como a agenda neoliberal renasceu, após um período de centralidade do Estado na agenda econômica e social, representada por ações, cujo segmento estatal assumiu uma função estratégica no campo da inovação tecnológica, produtiva e de proteção aos segmentos mais vulneráveis por meio de programas sociais, decorrentes de uma política de transferência de renda. Vale dizer que as interpretações em torno de retóricas produzidas por aqueles setores que reagem aos avanços dos direitos, são importantes para entender o renascimento da agenda neoliberal no governo de Michel Temer. Essas reações também são caracterizadas por um processo de violência simbólica desencadeada pelas congregações empresariais, corporativas e a mídia que se revelaram resistentes ao projeto político que o governo anterior estava promovendo, em que diziam que sem as chamadas “reformas estruturais” o país se tornaria inviável economicamente.

Por fim, serão analisadas as transferências de recursos federais destinadas ao setor de saúde - e as despesas que se sucederam, entre 2005 até 2016 - para o município do Rio de Janeiro, buscando um entendimento, ainda que incipiente, dos efeitos da mudança de regras capitaneadas pelo governo federal em seu conjunto de intencionalidade redistributiva e, ainda, sobre o SUS, particularmente por representar um retrocesso a forma como os recursos destinados a Saúde passarão a ser utilizados pelos entes federados.

## **1. ARCABOUÇO CONSTITUCIONAL 1967 e 1988 E AS POLÍTICAS DE SAÚDE**

No Brasil, as Constituições promulgadas albergaram as fases da formação econômica do Estado e da Sociedade Brasileira. A primeira Constituição foi outorgada em 1824, no período do Brasil Império, seguida pelas Constituições de 1891 (Brasil República); 1934 (Segunda República); 1937 (Estado Novo); 1946 (Disposições Constitucionais Transitórias); 1967 (Regime Militar); e, finalmente, a de 1988 (Constituição Cidadã).

Para fundamentar e contextualizar a análise faz-se necessário referenciar as Constituições de 1967 e 1988, partindo-se do contexto histórico inerente aos direitos sociais, notadamente em relação à área de saúde. Em 1967, havia a necessidade de criar regras para o cerceamento político imposto pelo golpe militar de 1964, dando caráter legal às ações contra os direitos civis e políticos. A

Constituição de 1988 foi redigida com o propósito de dar voz à redemocratização do país, apresentando a vontade de um novo Brasil, uma nação igualitária, em que direitos e deveres balizares, passam a ser perseguidos na direção do desenvolvimento econômico, integrando governo, empresas e a sociedade civil organizada em prol da justiça social.

O contexto em que a Constituição Federal de 1967 foi promulgada estava fortemente amparado no mundo dividido ideologicamente pelo capitalismo, representado pela economia norte-americana, e socialismo, representado pela antiga União Soviética. Nessa perspectiva, existia o alinhamento dos demais países ao tipo de condução política que deveria consolidar as bases do desenvolvimento econômico e social.

A economia brasileira, amparada por um modelo de industrialização induzida por “substituição de importações”, sorveu dos países centrais o aparato tecnológico advindo da indústria. Celso Furtado evidencia o papel da indústria para confrontar as causas do atraso econômico dos países da América Latina, em particular do Brasil:

*Se, pela metade do século, a economia brasileira havia alcançado um certo grau de articulação entre as distintas regiões, por outro a disparidade de níveis regionais de renda havia aumentado notoriamente. Na medida em que o desenvolvimento industrial se sucedia à prosperidade cafeeira, acentuava-se a tendência à concentração regional da renda. É da natureza do processo de industrialização que as inversões só alcançam sua máxima eficiência quando se completam mutuamente, isto é, quando se coordenam funcionalmente em um todo maior. Numa economia de livre-empresa essa coordenação se faz um pouco ao acaso, e a probabilidade que tem cada um de fruir o máximo de vantagens indiretas é tanto maior quanto é o número de indivíduos que estão atuando simultaneamente. (Furtado, 1987, p.237-238)*

A relação estrutural inerente ao “capitalismo de industrialização tardia”, descrito por Celso Furtado, destaca a tendência à concentração de renda em regiões mais dinâmicas e, ainda, a particularidade da desigualdade social permeada na formação econômica do Brasil.

Considerando o século passado, pode-se identificar uma demarcação histórica para econômica brasileira em dois períodos distintos com o propósito de confrontar tanto o crescimento e quanto o desenvolvimento observado em cada período. Dos anos de 1930 até meados dos anos de 1980, os planos econômicos visavam desenvolver uma economia “madura”, amparada na diversificação produtiva e voltada, sobretudo, para os setores de infraestrutura. A partir dos anos de 1986, a estabilização da moeda passou a nortear a agenda econômica, através das políticas macroeconômicas que se sucederam, visando à eliminação do processo inflacionário que somente é alcançado no início dos anos 1990 com a implementação do Plano Real.

A distinção entre os períodos referenciados coloca em relevo a tendência excludente entre mercado e sociedade, pelo menos quando percebida em seus resultados posteriores. A “teoria do bolo”, termo cunhado por Delfim Neto, Ministro da Fazenda nos Governos Costa e Silva e Médici, ilustra a opção pelo crescimento econômico em detrimento da equidade social. A especificidade da economia, em apresentar taxas de crescimento sem a devida contrapartida social, culminou na dicotomia no acesso e distribuição das riquezas. Se por um lado, no período que antecede os anos de 1980 evidenciava uma sociedade em transição, por outro lado, após os anos de 1980 passa a apresentar as contradições perpetuadas no processo de formação econômica, cujas raízes estruturais e históricas reivindicavam sua condição característica de uma economia de industrialização retardatária e dependente dos países centrais.

Uma economia com taxas consecutivas de crescimento e distribuição de renda, tende a apresentar melhorias nas condições de vida da sociedade, alinhando a performance econômica às demandas sociais. Com base nos direitos fundamentais, é elencada a área da saúde para uma análise comparativa nos termos constitucionais, entre os períodos militar e democrático, para avaliação dos avanços, desafios e as condicionantes para o setor.

Na Constituição de 1967, o acesso a saúde pública estava vinculado ao trabalho. Os beneficiários deveriam estar empregados e, formalmente, registrados em carteira. Em linhas gerais, a saúde não era tratada como um direito universal, mas como um benefício somente ao trabalhador. Dessa forma, a saúde não figurava como valor universal inerente à sociedade brasileira.

Vale dizer que, anterior à Constituição de 1967, a questão da saúde foi contemplada na redação Constitucional de 1937, em seu artigo 16, inciso XXVII, que competia privativamente a União legislar sobre “normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança”. Ainda com base na Constituição de 1937, cabe mencionar o artigo 137, alínea “I” que discorre sobre a assistência médica e higiênica ao trabalhador e à gestante, garantindo a este grupo manter sua remuneração durante o período de repouso antes e depois do parto. A tímida referência ao direito à saúde em situações específicas sinalizava a importância de se pensar a saúde em maior amplitude para assistência, principalmente, à grande maioria desprovida de acesso.

Posteriormente em 1946, o Artigo 5º destaca que a saúde compete à União, fundamentada pelo inciso XV, alínea “b” que versa, entre outros aspectos, sobre a defesa e proteção da saúde. Importante ressaltar, que na referida Constituição foi franqueada a repartição de competência sobre a saúde.

Foi apenas na Constituição de 1988 que a saúde ganhou relevância mais ampla ao ser considerada a norma suprema vinculada ao direito social. A redação Constitucional reserva, dentro

do capítulo II, aquele referente aos Direitos Sociais, a universalização do direito a saúde. Na Seção II - Da Saúde, os parâmetros são delineados nos seguintes artigos:

*Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

*Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.*

*Art. 198. As ações e serviços públicos 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 prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*III - participação da comunidade.*

Com destaque para os incisos:

*§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

*§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

*I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015).*

A nova Carta Magna se constituiu tendo como base os princípios de uma economia de mercado, prevendo uma significativa presença do Estado nos campos social e econômico, que foi expressa tanto no que tange à proteção dos segmentos da saúde, e da educação e dos direitos sociais e trabalhistas mais amplos, como no que diz respeito ao seu papel direto na atuação de setores considerados estratégicos produtivos, tais como telecomunicações, energia e petróleo.

Ainda no campo político, a Constituição respaldou as garantias individuais e coletivas em consonância com os princípios democráticos de um sistema eleitoral e representativo regular, mas também incluiu iniciativas inovadoras associadas à democracia direta e participativa, tais como são os mecanismos descritos no Capítulo IV, Artigo 14, que versa sobre a soberania popular mediante: plebiscito; referendo; iniciativa popular; com o propósito de consolidar a democracia através da co-participação da sociedade em matéria constitucional, legislativa ou administrativa.

Desta forma a Constituição de 1988 se associava à categorização do sociólogo inglês T H Marshall, ou seja, à consolidação formal dos direitos civis, políticos e sociais.

*O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça... Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo... O elemento social se refere o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. (Marshall, 1967, p.63).*

O país terminaria o século XX com uma Constituição democrática cujo conteúdo que ali estava elencado deveria ser efetuado a partir da própria evolução e fortalecimento do nascente processo democrático. Com efeito, será na Constituição Federal que o exercício político e os direitos e garantias fundamentais serão estabelecidos para o pleno exercício da cidadania, sustentado pela existência harmoniosa entre direitos e deveres, dentro da premissa do Artigo 5º “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

Desta forma, os direitos políticos e civis passam a ser considerados plenamente, garantindo uma ampla liberdade de opinião e de organização partidária constitucionalmente garantida, comportando, inclusive, inovações como a garantia do voto aos analfabetos e o voto facultativo para maiores de 16 anos.

Por fim, os direitos sociais, entre eles a aprovação da criação do Sistema Único de Saúde - também, ainda que garantidos constitucionalmente, têm sido ampliados em decorrência dos programas governamentais, mas ainda não foram plenamente universalizados, considerando como parâmetro as democracias efetivamente participativas e sólidas do mundo desenvolvido.

Com essa configuração, a Constituição, ainda assim, se aproximou muito mais de uma orientação social-democrata nos moldes europeu-ocidental – combinando uma economia de mercado com atuação central do Estado - do que uma inspiração liberal no sentido econômico. Embora representantes desse ideário estivessem articulados no processo constituinte, alcunhados como “Centrão”<sup>1</sup>, agindo como porta-vozes dos interesses do segmento e da iniciativa empresarial.

A despeito do amplo embate político, no que concerne ao papel do Estado no campo da saúde, a Seção II da Constituição de 1988, o artigo 196 asseverou que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”; garantindo, assim, ao Estado um papel fundamental no direcionamento,

organização e execução da política de saúde. Todavia, a mesma Carta Magna, no art. 199 apontou que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, cujos planos e seguros privados de assistência seriam regulamentados pela Lei nº 9656 de 1998.

Observa-se, então, que o referido ordenamento constitucional, embora tenha dado ao Estado o dever em garantir a universalidade do acesso à saúde, garantiu também à iniciativa empresarial a atuação nos serviços de saúde, que estaria submetida à regulação por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar; resultando em um sistema de saúde de natureza híbrida, combinando o componente do direito a todos (direito social), sem excluir a atuação empresarial privada no oferecimento dos serviços de saúde (lógica do mercado).

Tal cenário flexível pareceu garantir uma margem de manobra aos governantes posteriores à Constituinte, na medida em que aqueles que tivessem como princípio ideológico mais próximo aos valores de um sistema social-democrata enfatizariam os parâmetros constitucionais do SUS, ou seja, da lógica do “direito de todos”; enquanto àqueles que fossem mais próximos dos ditames do mercado e empresarial - como evidenciado atualmente ao governo Temer -, associariam a saúde como um empreendimento do âmbito dos negócios, tendendo, assim, ideologicamente à iniciativa privada a responsabilização de determinados serviços de saúde.

Retornando ao contexto das últimas décadas do século passado, é necessário afirmar que o país passou a década de 80 e início dos anos 1990 com uma ampla instabilidade econômica e por sucessivos planos de ajuste macroeconômico visando o controle inflacionário. A agenda do governo Itamar Franco também teve tal item como central, tanto que logo após o *impeachment* de Fernando Collor, se debruçou na busca pela estabilidade econômica que foi garantida com o Plano Real, que entre os objetivos delineados, atentava para redução de um quadro hiperinflacionário por meio da criação de uma nova moeda e, de certa forma, a redefinição do papel do Estado na economia.

Todavia, já sob a égide do governo de Fernando Henrique Cardoso, nos anos de 1990, foram promovidas algumas reformas estruturais – obedecendo ao ideário do Consenso de Washington<sup>2</sup> - em setores estratégicos como a privatização do segmento das telecomunicações, portos e estradas, buscando aliar o país às estruturas globais, reconfigurando, portanto, alguns princípios constitucionais como o fim monopólio estatal das telecomunicações.

## 2. O EMBATE POLÍTICO NO BRASIL E A REESTRUTURAÇÃO (IM)PRODUTIVA: A INFLUÊNCIA DOS FATORES ENDÓGENOS E EXÓGENOS NA POLÍTICA DE SAÚDE.

A partir do final da segunda metade dos anos 70, o consenso em torno do desenvolvimentismo na América Latina, do keynesianismo e do *Welfare-State* na Europa foi amplamente questionado pelos principais atores e agentes favoráveis às mudanças dos modelos econômicos, políticos e sociais. Tal questionamento foi fruto não só da crise do modelo de acumulação capitalista, mas também da constituição de um novo ideário político, ideológico e econômico que comandou todo o projeto de revisão das funções do Estado

Os anos de 1980 carregaram em si um amplo paradoxo político e econômico com implicações que reverberaram nas décadas seguintes. Se de um lado, no campo político, se deu um gradual processo de redemocratização, iniciado na década anterior com a decretação da “anistia ampla, geral e irrestrita”, como se dizia na época, bem como o fim da censura e do bipartidarismo, ampliando, assim, algumas garantias civis e políticas; de outro lado o término do regime autoritário foi acompanhado da intensificação de uma crise financeira e fiscal, ampliada pela alta inflacionária e recessão econômica, decorrentes, entre outros fatores, do endividamento externo do governo brasileiro.

Para Bourdieu (1998) os chamados atuais processos de globalização estão associados ao crescimento da ordem neoliberal. Esse processo foi articulado com um componente ideológico extremamente forte e muito resistente a críticas e questionamentos.

*Ouve-se dizer por toda parte, o dia inteiro – aí reside a força desse discurso dominante – que não há nada a opor à visão neoliberal, que ela consegue se apresentar como evidente, como desprovida de qualquer alternativa. Se ela comporta essa espécie de banalidade, é porque há todo um trabalho de doutrinação simbólica do qual participam passivamente os jornalistas ou os simples cidadãos e, sobretudo, ativamente certo número de intelectuais (p. 42).*

O pensamento único se traduziria em termos ideológicos com uma pretensão global dos interesses de um conjunto de forças econômicas, especialmente as do capitalismo internacional (Bourdieu, 1998). O que parece ter sido evidenciado no recente embate político brasileiro entre as forças políticas que se saíram vitoriosas no processo de impeachment, cuja cartilha ideológica tem sido caracterizada por um forte apelo liberal e financista.

Em um sentido amplo, os argumentos do “pensamento único” asseveram que, em nome do “realismo” e do “pragmatismo”, o capitalismo é apontado como o estado natural da sociedade. A este valor seguem outras justificativas que se apresentam como verdadeiras como a que diz que o

mercado corrige as imperfeições do capitalismo, que os mercados financeiros dirigem e determinam o movimento geral da economia; que a concorrência e a competitividade estimulam as organizações empresariais levando-as a uma contínua modernização e que o livre-cambismo é um determinante para desenvolvimento do comércio e das sociedades (Ramonet, 1998).

Chomsky (2002) destaca ainda uma dificuldade de compreensão do neoliberalismo e da ordem global, sugerindo igualmente a importância de se distinguir “a doutrina da realidade”. Afirma que embora o termo neoliberalismo tenha um caráter de novidade, na realidade remonta à doutrina liberal clássica de Adam Smith. Na versão atualizada sua principal expressão máxima foram as diretrizes chamado de “Consenso de Washington”.

O autor revela o papel exercido pelo “Consenso de Washington” como um dos principais programas de princípios de ajuste estrutural orientado para o mercado, elaborado pelo governo norte-americano e pelas instituições financeiras internacionais. Os princípios basilares, dentre outros, são: “liberalização do mercado e do sistema financeiro, fixação dos preços pelo mercado (ajuste de preços), fim da inflação (estabilidade macroeconômica) e privatização” (Chomsky, 2002, p. 21).

Ainda, de acordo com Chomsky (2002), esta doutrina tem uma natureza impositiva ao apontar que os governos devem “ficar fora do caminho” para implantação das ações e programas do modelo neoliberal, cujos principais grupos de interesse, que propagam e lucram com o programa, são segmentos da iniciativa privada.

Por meio de uma breve comparação entre as conjunturas históricas, às duas últimas décadas do final do século passado e as iniciais do século XXI, algumas ponderações podem ser feitas.

De um lado, observa-se que o país passou por um processo constituinte (1987/1988), implantou um projeto de estabilização econômica com o Plano Real (1993/1994), promoveu um amplo projeto de privatização de empresas e setores estratégicos (Embraer, Cia Vale do Rio Doce, Sistema Telebrás e Ferrovias) que gerou um embate intrínseco sobre o papel do Estado e do mercado nos campos sociais e econômicos, cujas diretrizes redefinidoras do papel do Estado se dirigiram predominantemente para o campo econômico e/ou produtivo.

De outro lado, o que se constata nos encaminhamentos do atual governo que assumiu em 2016 consiste, além das tentativas – ainda que no campo discursivo - de privatização de setores estratégicos como água, energia, petróleo e bancos, houve também uma proposta de redução ou mitigação de direitos sociais, devido à oportunidade criada pelo impeachment e o vácuo de poder que se sucedeu, particularmente, por possibilitar a subversão, em certa medida, das orientações sociais do programa do último governo eleito de forma democrática e legítima. A reversão da

intencionalidade original, da proposta de governo, também se revelou na celeridade com que foi realizada a aprovação da reforma trabalhista e na tentativa de reforma da previdência.

Em todos os casos, a linguagem subliminar dos segmentos empresariais e do atual governo aponta o Estado como um entrave para o desenvolvimento social e econômico do país. O campo da saúde não foge a esse domínio e regra, pois embora não se apresente pelos atuais dirigentes abertamente um discurso de “privatização do SUS”, há uma estratégia discursiva de constatação de restrição dos recursos direcionados à saúde pública, cuja solução apresentada seria a atuação do empreendimento privado e individual no campo da saúde. Isso se expressa por meio da observação na atual conjuntura na defesa de ampliação dos planos de saúde de base empresarial e clínicas populares e, em contrapartida há uma constante precarização dos serviços e unidades públicas de saúde.

No que tange à saúde pública, os argumentos acionados pelos atuais governantes parecem se ancorar ideologicamente nas diretrizes do “Consenso de Washington”; a seguir, em especial o argumento da disciplina fiscal e a redução dos gastos públicos. Ao lado desses, a “ausência de recursos” tem sido apontada como o elemento explicativo para o não funcionamento pleno e com qualidade dos serviços básicos e complexos de saúde.

Entende-se, portanto, que as ações locais no município do Rio de Janeiro estão de algum modo, também ancoradas nos argumentos ideológicos do arcabouço do “Consenso de Washington”, agravados pelo cenário de crise econômica. Portanto, não há como não reconhecer que as diretrizes do “Consenso de Washington” resultam na mitigação dos direitos sociais, quer por meio do argumento da disciplina fiscal, quer por meio a implantação de ideário cuja principal missão resume na desqualificação do que é governamental (estatal), a despeito dos inúmeros problemas reais e relativos aos investimentos e à gestão que este segmento possa ter.

Tal processo não foi ou tem sido efetuado sem algum grau de “violência simbólica” orquestrada pelos grupos empoderados a partir de 2015. Tal situação nas palavras de Bourdieu se revelaria em contextos sociais e políticos em que os segmentos hegemônicos disseminam seus valores e crenças para os demais setores sociais, em grande parte das vezes apontando valores de boas práticas e ideias, mas que em verdade representam exclusivamente a valorização de interesses setoriais.

Essa engenharia de pensamento e de caráter discursivo não tem sido feita sem o uso dos meios midiáticos que produzem e divulgam notícias ou escondem fatos, sob o crivo da “neutralidade da notícia em si”, mas que na grande maioria das vezes assume efetivamente um papel parcial em decorrência dos interesses classistas e setoriais que representam.

Tal situação se observa, por exemplo, no campo da saúde, cuja solução apontada pelo Ex-ministro da Saúde – Ricardo Barros - são os chamados planos populares para reverter a carência do acesso à saúde da população:

*Os planos de saúde acessíveis, mais baratos e com uma cobertura mais restrita, já podem ser vendidos, segundo o Ministério da Saúde. Esse foi o entendimento da pasta ao analisar o relatório divulgado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) sobre planos de saúde populares. No documento, a agência afirma que grande parte das sugestões encaminhadas “já ocorrem no mercado”, como a cobrança de participação em exames e consultas, exigência de passar primeiro em clínicos antes de consultar especialistas e segunda opinião médica. O ministério diz, ainda, que é “livre escolha do consumidor optar pela adesão”. O plano acessível é bandeira do ministro Ricardo Barros<sup>3</sup>.*

A notícia acima revela que sob a regência de algo aparentemente positivo para a população mais ampla, mas em verdade traduz uma intencionalidade para atender os interesses privados e empresariais no cuidado à saúde.

Na realidade, a nova onda liberal no país pareceu ter ganhado força a partir das manifestações de 2013, se aguçando com a tomada do poder pelo golpe parlamentar promovido contra o governo eleito em 2014, sob o emblema de “combate a corrupção”; mas o resultado de fato foi uma mudança de rumo nas diretrizes dos programas sociais, em particular também na saúde, que até então se revelaram desde a valorização real do salário mínimo aos investimentos em programas de renda visando a redução da miséria.

Ora quem não é a favor do combate à corrupção, valor tão acionado pelos organismos da mídia hegemônica? Pois a associação entre “o moralismo de fundo patrimonialista” e ao que esses grupos hegemônicos denominam como populismo, foram fatores centrais para mudança de rumo na história recente do país e fundamentam em última instância o campo político não como esfera pública e coletiva, mas como âmbito para atender demandas exclusivamente empresariais e dos negócios, como assevera Souza (2017). O argumento da elite dirigente do país é público, o discurso se dirige à coletividade, como o prolapado “combate à corrupção do país”, mas as intencionalidades foram e têm sido privadas quando tratamos das políticas sociais e aos programas de caráter coletivo.

Os argumentos acionados pelo governo central para justificativa de redução dos investimentos ou para ausência de recursos direcionados à saúde, por exemplo, foram atribuídos ao que denominavam como populismo econômico e político da gestão Lula-Dilma, cujo o governo atual estaria agora “pagando a conta”.

Para tanto, é reconhecido que o quadro de deterioração da saúde e das demais políticas decorre também do contexto institucional em que o presidencialismo brasileiro tem sido ancorado e exercido por uma ampla coalizão de várias “cores ideológicas”, resultando, de fato, em que o governo eleito em 2014 tivesse um vice-presidente que ao assumir a presidência estabeleceu uma agenda política e econômica, cujo presidente anterior foi eleito dificilmente iria implementar.

Não se trata aqui de dizer que não haja restrições econômicas de fato para a implantação das políticas legítimas do Estado e dos governos, mas se perguntar e relacionar como o ambiente de instabilidade política resultou em um agravamento social e econômico, produzida intencionalmente, embora não apenas, pelos segmentos insatisfeitos com os rumos que o país vinha tomando desde o governo Lula.

Interessante notar que, a sociedade brasileira “passou” a década de 80 e parte dos anos 1990 em um cenário econômico bastante instável, caracterizado pela “estagflação”, mas ainda assim não gerou uma incerteza ou insegurança políticas; ao contrário do período atual, cujo jogo democrático parece, se não ameaçado integralmente, bastante comprometido.

Na realidade, as discussões acerca do papel do Estado e do mercado e/ou privado na sociedade brasileira, seja no campo econômico ou no campo social, parecem remontar na história recente, desde os anos 1930 com a ascensão de Getúlio Vargas. Tais embates estiveram presentes mais acirradamente igualmente no período anterior a 1964, no processo Constituinte de 87/88, nas privatizações dos anos 90 no governo de Fernando Henrique Cardoso e, mais recentemente, nos projetos de reforma da previdência e trabalhista.

No que tange especificamente à saúde, os argumentos, e conseqüentemente as justificativas para as ações, têm se dirigido na restrição de recursos públicos, resultando na degradação da gestão, de um lado; mas também têm se dirigido para a construção de um valor ou de uma crença que aponta um papel mitigado do Estado no campo social e, ameaçando igualmente, o segmento da saúde em sua finalidade pública, como assevera a Constituição.

Tais justificativas são encontradas tanto em decorrência de fatores exógenos, como os sinalizados pelo chamado “Consenso de Washington” que buscam dar uma base “racional” e “científica” para a consolidação de uma visão de mundo que privilegia a lógica empresarial e o segmento privado, como por fatores internos, que têm sido construídos e elencados na história recente desde meados do século passado e que, conforme Souza (2017) decorrem de um pacto elitista e conservador que remonta ao período colonial, em que tudo que remete ao campo social ou universalista precisa ser podado e evitado. Eis o embate o qual a saúde não fica a parte.

Consideramos que de modo indireto as alterações decorrentes das formas de financiamento por parte do atual governo federal junto aos governos locais, assim como as ventilações acerca dos incentivos à implantação e ampliação dos planos de saúde e clínicas populares se constituem em uma reação aos investimentos e às formas de alocação dos recursos que ocorreram ao longo gestão Lula-Dilma em torno do Sistema Único de Saúde.

O estudo de Albert Hirschman acerca das retóricas conservadoras frente aos avanços dos direitos civis, políticos e sociais na história recente europeia parece muito contribuir para o entendimento – a despeito da diferenciação histórica e política entre os dois contextos – do atual cenário endógeno.

O discurso favorável às reformas trabalhista e previdenciária parece se assentar na proposição da tese da ameaça. A constatação central de Hirschman acerca da análise das retóricas de reação aos avanços, produzidas pelos segmentos conservadores se assenta em um sentido amplo na ideia que “1. A democracia ameaça à liberdade; 2. O *Welfare State* ameaça tanto a liberdade quanto a democracia” (1992, p. 76). Isto parece dizer que a democracia pode se constituir em um ordenamento que garanta, por exemplo, a liberdade individual, mas que não avance necessariamente no campo social; situação esta bastante adequada com o pensamento empresarial hegemônico nacional.

O'Connor citado por Hirschman (1992, p 99) como um dos principais críticos do *Welfare State* que em meados dos anos 70 apregoavam que “a acumulação de capital social e os gastos sociais (para saúde, educação e assistência social) são um processo irracional do ponto de vista da coerência administrativa, da estabilidade fiscal e da acumulação potencialmente lucrativa de capital privado”, sinalizando uma reação clara do pensamento conservador aos programas sociais considerados em inúmeros graus como um impedimento ao empreendimento privado.

É bom lembrar que a obra de Hirschman trata de um contexto que traça as reações conservadoras frente às reformas progressistas de ampliação de direitos na Europa no que tange ao campo civil, político e social, ao longo dos séculos XVIII, XIX e XX. Toda espécie de avanço no continente europeu foi acompanhada de argumentos contrários oriundos dos segmentos conservadores. A expansão da democracia na Europa obedeceu a um acerto em que cada conquista de direitos, incrementou a busca de mais direitos, se constatando que no que tange aos direitos sociais, por exemplo, o da saúde pública, que se tornou um valor republicano que era necessariamente um direito de todos.

A leitura apropriada ao contexto atual brasileiro remete – ao contrário - à reação conservadora promovida pelo governo Temer a determinados avanços sociais existentes pelos

governos anteriores, tais como as políticas sociais focadas nos segmentos vulneráveis e as decorrentes de corte racial ou de gênero. Desse modo, tratamos de uma tentativa conservadora baseada na tese da ameaça, que se configura no argumento de que o avanço “ainda que desejável em si, acarreta custos e consequências inaceitáveis de um ou outro tipo”. (HIRSCHMAN, ANO, p.73)

A política atual de saúde se constitui, portanto, em uma reação real, baseada no argumento ideológico e discursivo de que o que foi implementado pelos governos anteriores à gestão Temer se configurou em uma ameaça ao país, como a expansão dos investimentos na assistência básica em saúde. Vide o argumento do “populismo econômico” e da “incapacidade financeira de sustentar tais avanços”, apresentados pelos segmentos mais alinhados ao argumento da pressão fiscal, presente nos segmentos conservadores. As políticas de mitigação dos direitos sociais, entre as quais, a ênfase ao empreendimento privado do atual governo revela uma tentativa real, tendo como base a ideia de o que foi promovido no governo anterior representou uma ameaça concreta nos investimentos para o setor de saúde.

No contexto brasileiro, tais argumentos têm sido acionados pelos atuais agentes governamentais e da iniciativa privada, representados pelas entidades partidárias e empresariais, em favor da restrição aos direitos sociais; argumentando que sem ela o país se tornaria inviável economicamente, comprometendo, assim, o futuro não apenas das atuais, mas também das futuras gerações.

No que concerne ao ordenamento público de saúde, não houve no atual governo alguma proposta de “reforma ou de privatização do SUS”, todavia essa não é a única estratégia de mitigar um projeto político de valorização do componente social da saúde, pois o primeiro embate é travado no plano das ideias, na divulgação de um ideário que apresenta como solução aos problemas de gestão e de recursos públicos o incentivo para que população de baixa renda se direcione aos planos de saúde e clínicas populares que são apresentados como alternativa ao acesso à saúde. Esse ideário encontra-se em franca divulgação entre os *think tanks* da iniciativa privada, ideólogos contrários ao entendimento pleno da saúde enquanto um direito social.

### **3. TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO PARA O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DAS DESPESAS EM SAÚDE NO PERÍODO 2005 - 2016.**

Os gastos em saúde, para os Municípios da Federação, decorrentes de transferência de recursos do Tesouro Nacional<sup>4</sup>, foram regulamentados pela Portaria nº 204/2007<sup>5</sup>. A regulamentação compõe o estabelecido na Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, que passou

assegurar o financiamento das ações e serviços públicos de saúde<sup>6</sup>. No que diz respeito à participação da União, sua importância na forma do financiamento para o SUS - em particular, na transferência de recursos para as ações e serviços de saúde, para Estados, Distrito Federal e Municípios<sup>7</sup> - se processa através de uma orientação geral associada na observância das “necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde”.

Conforme estabelecido na Portaria nº 204/2007, as transferências de recursos se dariam através da organização em blocos de financiamento, conforme as especificidades das ações e serviços de saúde pactuados, totalizando 6 (seis), ou seja: (1) Atenção Básica; (2) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; (3) Vigilância em Saúde; (4) Assistência Farmacêutica; (5) Gestão do SUS; e (6) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Desta forma, pelo arranjo de financiamento, os recursos seriam transferidos para ações e serviços de saúde pactuados - fundo a fundo, em conta única para cada bloco de financiamento - para os Estados, Distrito Federal e Municípios. Isso por sua vez quer dizer que a aplicação dos recursos estaria estritamente vinculada às ações e serviços de saúde pertinentes a cada um de seus respectivos blocos de utilização.

(1) O Bloco da atenção básica é formado por duas rubricas de financiamento, uma fixa e outra variável, relacionados ao Piso de Atenção Básica (PAB). No primeiro<sup>8</sup>, o financiamento decorre de transferência de recursos da União, de forma regular e automática a cada mês, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos de Saúde do Distrito Federal e Municípios, sem maiores contrapartidas. No que diz respeito ao PAB variável<sup>9</sup>, sua transferência ficaria atrelada ao financiamento de estratégias contempladas para a atenção básica. Seus recursos também são transferidos “fundo a fundo”, semelhantes ao PAB fixo, mas ficam condicionados à adesão com implementação das ações vinculadas ao Plano de Saúde público em vigor.

(2) O Bloco da atenção de Média e Alta Complexidade (MAC) Ambulatorial e Hospitalar é composto (a) por um componente, Limite Financeiro, ligado à MAC Ambulatorial e Hospitalar<sup>10</sup>, e (b) outro pertinente ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O primeiro incentivo é transferido mensalmente pela União - a partir do FNS para os Fundos de Saúde dos entes da Federação – aos Estados, DF e Municípios, conforme pactuação integrada e publicada em ato normativo específico. O segundo componente trata-se de recursos destinados ao financiamento de procedimentos<sup>11</sup> ainda não incorporados ao componente Limite Financeiro MAC. Um aspecto interessante, do ornamento normativo formatado por essa perspectiva, é a possibilidade de ajuste das atividades rotineiras ligadas a prestação de serviços em saúde a serem contempladas no rol da

assistência, à medida que sejam pactuadas devido às necessidades reveladas. Constam como procedimentos financiados pela FAEC, à atenção básica do DF e Municípios, aqueles relacionados à coleta de material para exames citopatológicos, de sangue para triagem neonatal, bem como à assistência pré-natal até seu desfecho.

No que diz respeito ao (3) Bloco da Vigilância Sanitária, a Portaria 1.378/2013 aprimorou as diretrizes para o financiamento, ao detalhar as respectivas responsabilidades, para todos os entes da federação. Os recursos federais transferidos, para Estados, DF e Municípios nesse bloco, passaram a estar organizados em dois componentes ligados à vigilância em saúde e à sanitária, com os recursos sendo repassados de forma regular mensalmente do FNS para os seus respectivos Fundos de Saúde locais. Dentre as atividades, cabe destacar aquelas concernentes à própria vigilância e, ainda, ações ligadas a prevenção e ao controle de doenças e agravos, bem como fatores de riscos, além da promoção. Cabe destacar a importância das ações ligadas a vigilância, prevenção e controle das DST<sup>12</sup>/AIDS e hepatites virais. A aplicação dos recursos decorre de uma fonte fixada inerente ao Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), outra variável (PVVS) e uma terceira ligada ao combate as endemias.

O quarto (4) Bloco de Financiamento associado à Assistência Farmacêutica é composto de três componentes, ou seja: (a) Básico; (b) Estratégico; e (c) Especializado. Com relação a esta última, a Portaria nº 1.554/2013 aprimorou as regras de financiamento e execução dentro do âmbito do SUS, em particular por corroborar para a garantia da integridade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidas pelo MS. Já o primeiro componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se a aquisição de medicamentos do rol que compõe a Referência Nacional de Medicamentos e Insumos para a Atenção Básica. O componente estratégico destina-se ao financiamento de ações contempladas em programas ligados ao controle de endemias, como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, ou seja, doenças de abrangência local ou nacional. Outros programas são aqueles relacionados à DST/AIDS, ou seja, anti-retrovirais, bem como sangue e hemoderivados e, ainda, imunobiológicos.

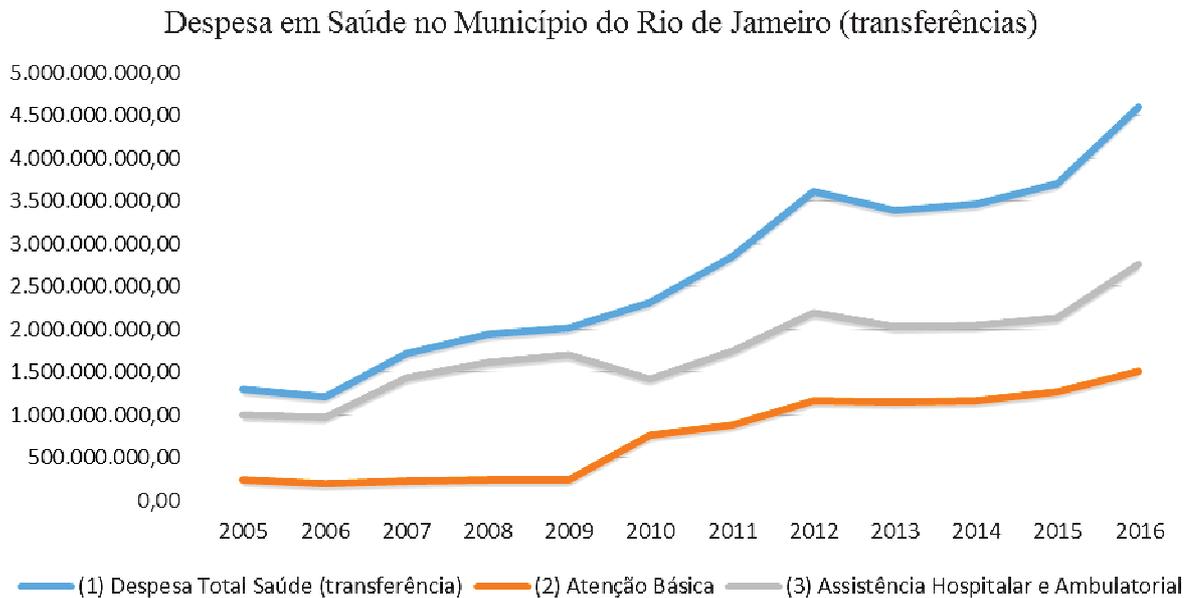
(5) O Bloco de financiamento de Gestão do SUS contempla o apoio visando a implementação de ações e serviços para organização do Sistema de Saúde. Ele contempla dois componentes, um relacionado à qualificação da gestão do SUS e outro ligado a implantação de ações e serviços de saúde. O repasse de recursos para qualificação da Gestão do SUS decorre da adesão ao Pacto pela Saúde através de compromisso assumido entre os entes, mas respeitando os critérios normativos estabelecidos. Em 2007, o componente de aprimoramento da gestão do SUS,

contemplou as seguintes ações: (a) regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento; (b) planejamento e orçamento; (c) programação; (d) regionalização (e) gestão do trabalho; (f) educação em saúde; (g) incentivo à participação e controle social; (h) sistema de informação em saúde; (i) estruturação de serviços e assistência farmacêutica, além de (j) outras ações instituídas através de ato normativo.

O último Bloco diz respeito ao de (6) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Tais recursos foram transferidos mediante repasses regulares e automáticos do FNS para os Fundos de Saúde dos entes federativos. Sendo a utilização dos recursos circunscrita à realização de despesas de capital, mas condicionada a apresentação de projeto que deveria ser apresentada pela esfera Estadual, Municipal ou do DF. Sendo também tais projetos avaliados pelo MS e submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para apreciação dos vínculos com o planejamento das esferas inerente aos Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor Regionalizado, Plano Diretor de Investimento (PDI), conforme fora normatizado pela Portaria nº 837/2009.

No que diz respeito às transferências da União para o Município do Rio de Janeiro, o gráfico 1 abaixo destaca as despesas a partir dos fundos transferidos e avaliados à preços correntes para o exercício entre 2005 e 2016. No gráfico fica evidente o aumento das despesas decorrentes dessas transferências em particular a partir de 2009 quando também se elevam as despesas, associadas às transferências, para a atenção básica do município. Em particular, pode-se destacar a adoção do programa vinculado às Clínicas da Família a partir de 2009 e seu crescimento ao longo dos anos, expressando uma ênfase em ações preventivas e de promoção à saúde, reiterando conseqüentemente um dos principais valores expressos pelo SUS, em uma região que era considerada uma das mais resistentes e atrasadas no que tange à política de saúde de base não *hospitalocêntrica*.

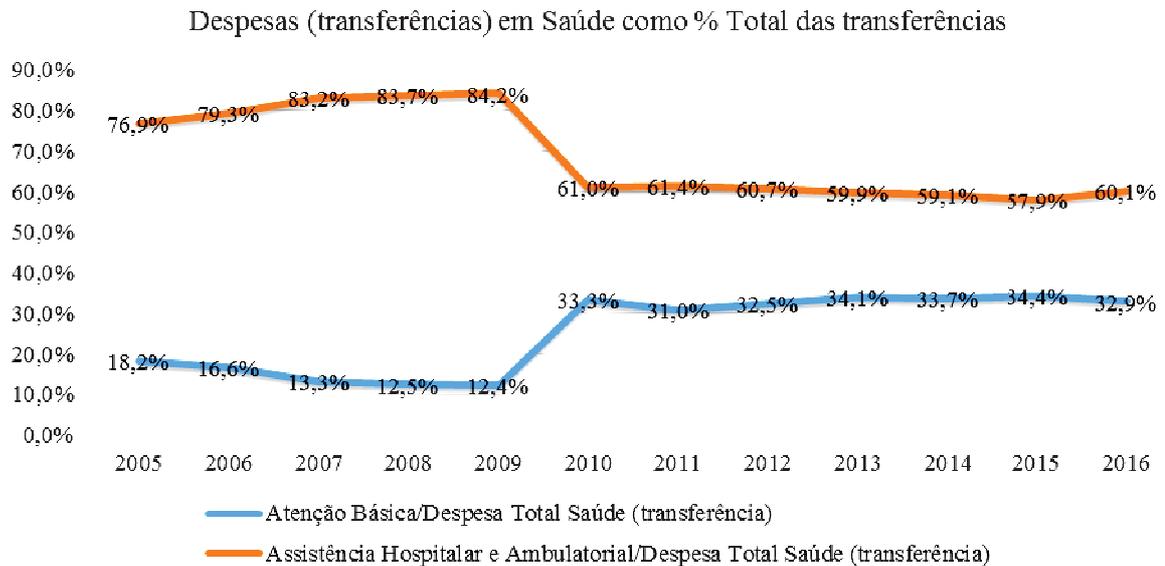
Gráfico 1



Fonte: Elaboração própria a partir do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi).

Quando as despesas (transferências) da União para o município do Rio de Janeiro são avaliadas como percentual das transferências totais para saúde, em relação à atenção básica e assistência mais complexa, também fica evidente o aumento das despesas que se seguiram ao fortalecimento institucional da atenção primária. Esta última tivera sua participação da despesa total das transferências para saúde no município aumentada de 12,4%, em 2009, para 34,4%, em 2015. No mesmo período, a atenção complexa hospitalar e ambulatorial tivera uma queda na participação da despesa total de 84,2% para cerca 58% em 2015. A evolução sugere uma convergência de despesas entre os segmentos da assistência na saúde, principalmente devido ao fomento decorrente do arranjo institucional capitaneado pelo governo Federal, através das transferências associadas aos blocos de financiamento conforme fora demarcado nos parágrafos no início desta seção, em particular os recursos associados às transferências para a atenção primária.

Gráfico 2



Fonte: Elaboração própria a partir do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi).

No final de 2017, o governo atual anunciou o novo modelo de financiamento para saúde, o “SUS Legal”, utilizando-se da “batuta” dissera que o arranjo financeiro decorrente das transferências da União seria alterado visando a maior eficiência no uso dos recursos para saúde. O esquema foi pactuado através da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sob o argumento de priorizar o planejamento local das ações em saúde. Pelo novo modelo, que também especula a redução da burocracia associada ao arranjo de financiamento desde 2007, o governo argumenta que pretende dar maior flexibilidade para utilização dos recursos parados nas contas de Municípios, Estados e DF, que segundo apresentação do MS, alcançou em 2017 cerca de R\$ 7 bilhões. Realmente em valor absoluto surpreende, porém requer maior análise o argumento, sobretudo quando constatado que o gasto efetivo em saúde em 2017 fora de R\$ 107,2 bilhões, ou seja, abaixo do piso de R\$ 109 bilhões. Em termos de resíduos, os recursos parados representaram cerca de 6% do total que fora utilizado na saúde em 2017, fato que torna em certa medida falacioso o argumento de recursos parados.

Pelo novo modelo de financiamento, os blocos de financiamento de que trata a Portaria nº 204/2007 seria reduzido a duas contas, uma de custeio e outra de investimento. A Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, acabou por alterar a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Sendo assim, os recursos do FNS, destinados às despesas na saúde pública, repassados fundo a fundo aos Estados, DF e, em particular, aos Municípios, serão agora

organizados e transferidos na forma de dois blocos de financiamento (1) para o custeio das ações e serviços públicos de saúde e (2) para o investimento na rede de serviços públicos de saúde. Os recursos serão transferidos de forma regular e automática.

No tocante ao gráfico 2 observa-se uma ênfase nas transferências em favor da atenção básica a partir de 2009 e conseqüentemente uma maior restrição ao segmento de alta complexidade, apontando uma escolha estratégica que segue a lógica de que as ações preventivas parecem pressupor uma maior resolutividade quando se trata de qualidade de saúde. Tais percepções se ancoram na ideia de que sem desconsiderar a existência de ações de alta complexidade, é no campo básico que se alteram e modificam tendências de doenças que se tornariam complexas, caso ações anteriores não fossem tomadas.

Face ao exposto, desde 2009 o governo Federal inicia um esforço no sentido de fortalecer a assistência na prestação de serviço público de saúde no município do Rio de Janeiro, aspecto retratado nas crescentes transferências, bem como nas despesas efetivadas a partir daquele ano. Tal aspecto comunga com as necessidades financeiras para a construção do SUS, uma vez que seu fortalecimento, entendida a prestação de serviço em saúde como bem público, requer recursos financeiros crescentes no sentido de consolidação do sistema público local. Vale dizer que a revisão do orçamento para saúde, através Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, foi outro “golpe” mais duro contra o fortalecimento futuro da saúde pública, em particular pelos efeitos dissonantes que terá sobre a população que vive em condições mais precárias.

Contudo, vale dizer que a forma como se processa as transferências e com isso os gastos locais, também se mostra contra o propósito de consolidação, uma vez que torna os gastos locais a partir de 2017 desvinculados do arranjo desenhado a partir dos blocos de financiamentos acordados conjuntamente pelos entes da federação. Desta forma, os gastos locais em saúde tornar-se-ão mais difusos, podendo inclusive fortalecer as necessidades centradas no modelo hospitalocêntrico, como era antes de 2009, sendo assim preconizando a assistência primária tão importante para o município que ainda na época atual encerra suas desigualdades internas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Constituição de 1988, em sua redação, traduziu efetivamente o retorno do país ao regime democrático. Inspirada no contexto em que regimes ditatoriais perderam força e a democracia retornou, resgata com vigor às demandas sociais, junção entre o econômico e o social, em prol de uma sociedade justa e igualitária. Dois anos após a conquista democrática, a onda neoliberal ganhou

força na economia brasileira, sinalizando uma mudança de rumo naquilo que estava expresso no texto constitucional.

A aderência ao modelo neoliberal dos anos 1990 deu destaque à privatização de setores e empresas considerados estratégicos, dentro da lógica da redefinição do papel do Estado na economia. No contexto atual, o alcance neoliberal está direcionado para restrição das conquistas sociais como foi a implementação da reforma trabalhista e a tentativa de reforma da previdência.

Podemos considerar, portanto, que as ameaças ao modelo público de saúde, representado pelo SUS, decorrem da reviravolta da governança sobre financiamento que estava em construção para seu fortalecimento, principalmente depois da mudança de governo e seu programa de inclinação mais social que fora originalmente legitimado e validado pela sociedade por meio do processo eleitoral de 2014. Claro que isso decorre também de preceitos externos, hoje mais reavivados, cujas origens remontam aqueles pregados pelo neoliberalismo, sobretudo, através das diretrizes do “Consenso de Washington”, que conforme foi observado estão alicerçadas na lógica do pensamento único que reforçam o discurso de que não há saída, senão por meio do conjunto de princípios que defendem como a restrição de direitos trabalhistas e sociais mais amplos. Tal efeito não é executado sem certo grau de violência simbólica que tem desqualificado o papel do Estado e consequentemente o sentido “coletivo” das políticas públicas.

No campo interno, foi observado que os atores do governo Temer, juntamente com o segmento empresarial e a mídia hegemônica, tem feito uso dos instrumentos acima citados, desde o momento da destituição de um governo legitimamente eleito, por critérios políticos e jurídicos difusos.

O discurso contra a corrupção se constituiu o mote para arregimentar parcelas da sociedade; todavia o referido governo ao ser empossado, o próprio sistema político e jurídico demonstrou que as intencionalidades reais não coadunavam com o que declaravam publicamente no decorrer do processo de impeachment, haja vista as acusações contra vários membros do ministério do governo atual, inclusive, em relação ao próprio presidente. Se for observado de fato e objetivamente, o intuito parece ter sido um descontentamento com as ações dos governos Lula-Dilma, e a implantação de uma agenda de corte classista visando a atender aos interesses dos segmentos tradicionalmente hegemônicos no país.

O discurso pró-impeachment teve uma base moralista com forte penetração social, mas as intenções não declaradas revelaram outro caráter, uma vez no poder, o executivo, promoveu uma política de alinhamento aos interesses do capital financeiro e a mitigação do Estado no campo social, cujo segmento da saúde não se isentou.

No que diz respeito às transferências da União e às despesas atreladas, percebe-se que o novo arranjo de financiamento da Saúde, para o Município do Rio de Janeiro, ganhou nova conotação no sentido de fortalecer uma maior autonomia de seus gastos, em particular devido à desvinculação dos blocos de financiamento. Vale dizer que este segmento se encontra seriamente ameaçado pelo novo arranjo, devido ao fator indutor atrelado, que historicamente tende a dar pouca atenção à saúde básica, princípio basilar de uma compreensão e fortalecimento da atenção social da saúde.

Portanto, o embate implícito e explícito acerca do funcionamento do SUS e as interfaces entre governo central e os governos locais, notadamente no município do Rio de Janeiro, permanece na ordem do dia, cujo conjunto de forças dos atores envolvidos, governos, segmento privado de saúde, movimentos sociais, centros de pesquisa e partidos políticos irão definir que rumo o segmento da saúde pública irá tomar.

## REFERÊNCIAS:

- BOURDIEU, Pierre. **Contra-fogos 2**: por um movimento social europeu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- \_\_\_\_\_, Pierre. **Contra-fogos**: táticas para conter a invasão neoliberal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- \_\_\_\_\_, Pierre. **O poder simbólico**. Lisboa/Rio de Janeiro: Difel/Bertrand, 1989.
- BRASIL. CONSTITUIÇÃO DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL (DE 10 DE NOVEMBRO DE 1937). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao37.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm)>. Acesso em: 04. abr. 2018.
- \_\_\_\_\_. CONSTITUIÇÃO DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL (DE 19 DE SETEMBRO DE 1946). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1940-1949/constituicao-1946-18-julho-1946-365199-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 04. abr. 2018.
- \_\_\_\_\_. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000: Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em: 10. mar. 2018.
- \_\_\_\_\_. LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012: Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm)>. Acesso em: 05. abr. 2018.
- \_\_\_\_\_. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 04. abr. 2018.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CASTRO, Antônio Barros de. **Economia Brasileira em Marcha Forçada**. Antonio Barros de Castro e Francisco Eduardo Pires de Souza. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

CHOMSKY, Noam. **O lucro ou as pessoas?** Rio de Janeiro Bertrand Brasil, 2002.

COELHO, Bernardo Leôncio Moura: **A proteção à criança nas constituições brasileiras: 1824 a 1969**. Brasília: Senado Federal, 1998. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/390/r139-07.pdf>>. Acesso em 04 abr. 2018

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Coleção Saraiva de Legislação. Obra coletiva da Editora Saraiva com a colaboração de Luiz Roberto Curia, Livia Céspedes e Juliana Nicoletti. São Paulo: Saraiva, 2013.

FURTADO, Celso. **Formação Econômica do Brasil**. São Paulo: Editora Nacional, 1987.

HIRSCHMAN, Albert. **A retórica da intransigência: perversidade, futilidade, ameaça**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017: Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html)>. Acesso em: 18. mar. 2018.

\_\_\_\_\_. PORTARIA N 3.992, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2017: Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/images/pdfs/PT-3992-2017.pdf>>. Acesso em: 05. abr. 2018.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 1.378, DE 9 DE JULHO DE 2013: Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html)>. Acesso em: 27 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 1.554, DE 30 DE JULHO DE 2013: Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html)>. Acesso em: 27 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007: Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)>. Acesso em: 30 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 837, DE 23 DE ABRIL DE 2009: Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2009/prt0837\\_23\\_04\\_2009.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html)>. Acesso em: 15 mar. 2018.

RAMONET, Ignácio. O pensamento único e os regimes globalitários. In Fiori, José Luíset all. **Globalização: o fato e o mito**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SICONFI. SISTEMA DE INFORMAÇÕES CONTÁBEIS E FISCAIS DO SETOR PÚBLICO BRASILEIRO. Disponível: <<https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/index.jsf>>. Acesso em: 30. mar. 2018.  
SOUZA, Jessé. **A elite do atraso: da escravidão à lava jato**. Rio de Janeiro: Leya, 2017.

## NOTAS:

<sup>1</sup> Grupo de parlamentares de perfil de centro e de direita criado ao longo do processo constituinte 1987-1988, formado por forças conservadoras presentes entre os partidos que davam sustentação ao governo Sarney e que reagiram à possibilidade de uma Constituição de “cunho ideológico mais à esquerda”.

<sup>2</sup> Termo cunhado pelo economista John Williamson para definir o conjunto de medidas consideradas necessárias para reverter os desequilíbrios macroeconômicos dos países da América Latina. A reunião foi realizada em Washington, em 1989, com economistas de instituições financeiras. O diagnóstico neoliberal coloca o Estado como responsável pela crise dos países endividados por conta da indisciplina fiscal e consequente déficit público e excessiva intervenção estatal. De uma reunião informal, o FMI passou a exigir dos países endividados o alinhamento ao conjunto de medidas descritas no consenso para a renegociação da dívida externa.

<sup>3</sup> O GLOBO. Disponível em <https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/ministerio-da-saude-diz-que-plano-popular-ja-pode-ser-vendido-21830845#ixzz5BAEsA95g> acesso em 29 MAR 2018.

<sup>4</sup> Cabe destacar que os percentuais totais de financiamento tanto para União, Estados e Municípios são definidos pela Lei Complementar (LC) nº 141/2012, sendo também um desfecho da EC 29/2000. No que diz respeito, ainda, à LC nº 141/2012, ela estabelece que as três esferas de governo devem alocar anualmente recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos Estados 12% da arrecadação de impostos e ao Distrito Federal e Municípios no mínimo 15%. O montante da União a ser aplicado deve ser equivalente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, somado pelo valor percentual decorrente da variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

<sup>5</sup> A Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, “regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle”.

<sup>6</sup> As despesas com ações e serviços públicos em saúde são aquelas realizadas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital; financiadas pelas três esferas do governo, conforme artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e a Lei nº 8080/1990. Em particular, cabe destacar o caráter do acesso universal, igualitário e gratuito essencialmente contemplados nessas normas, respeitada suas finalidades.

<sup>7</sup> A LC nº 141/2012, estabelece no Art. 17, da Seção III, a movimentação dos recursos da União para Estados, Distrito Federal e Municípios.

<sup>8</sup> O PAB fixo é calculado a partir da multiplicação de valor *per capita*, estabelecido pelo MS, pela população de cada município e do DF, segundo informações do IBGE.

<sup>9</sup> A Portaria nº 204/2007 estabeleceu que o PAB variável compõe de recursos destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica de saúde, ou seja: (a) saúde da família; (b) agentes comunitários de saúde; (c) saúde bucal; (d) atenção básica aos Povos Indígenas; (e) incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e, ainda; (f) para adolescentes infratores sob tutela do Estado; e (g) outros programas que venham ser instituídos por atos normativos específicos.

<sup>10</sup> O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) - conforme estabelecido na Portaria nº 204/2007 - contempla ações ligadas ao (a) Centro de Especialidades

---

Odontológicas (CEO); (b) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); (c) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; (d) Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; (e) Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS); (f) Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (IAPI); (g) Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS); e (h) outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

<sup>11</sup> A Portaria nº 204/2007 estabelece que tais procedimentos são aqueles ligados à (a) Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC); (b) transplantes; (c) ações estratégicas ou emergenciais temporariamente definidas (p. ex., projetos de cirurgia eletiva de média complexidade); e, ainda, (d) novos procedimentos ainda não relacionados na tabela de ações vigentes e em dissonância às rubricas de financiamento presentes no Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC)

<sup>12</sup> Recentemente o Departamento de Vigilância passou a chamar as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

## **AUTORES E AUTORA:**

### **JOSÉ EDUARDO PEREIRA FILHO**

Cientista Social, Mestre em Ciência Política (UFF), Doutor em Planejamento Urbano e Regional (IPPUR/UFRJ). Professor da Faculdade São Camilo/RJ, Professor e coordenador dos Programas de Monitoria e Iniciação à Pesquisa das Faculdades São José. E-mail: eduard\_filho@uol.com.br

### **JOÃO CARLOS OLIVEIRA DE BRAGANÇA**

Economista, Mestre e Doutorando em Economia /UFF. Professor e coordenador do Curso de Administração da Faculdade São Camilo/RJ. E-mail: jc.braganca@gmail.com

### **JUNE MARIA EMELINE MESQUITA DO BARREIRO ROTHSTEIN**

Economista, Mestre em Engenharia da Produção/UFF. Professora da Universidade Veiga de Almeida e da Faculdade São Camilo. E-mail:junerothstein@uol.com.br