

A PRIVATIZAÇÃO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA POLÍTICA DE SAÚDE: O ESTADO DO TOCANTINS



**Elisane Barros de Sousa
Vanda Micheli Burginski
Ruhena Kelber Abrão**

Universidade Federal do Tocantins

Editora da Universidade Federal do Tocantins - EDUFT

Reitor

Luis Eduardo Bovolato

Vice-reitora

Marcelo Leineker Costa

Pró-Reitor de Administração e Finanças (PROAD)

Carlos Alberto Moreira de Araújo

Pró-Reitor de Avaliação e Planejamento (PROAP)

Eduardo Andrea Lemus Erasmo

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis (PROEST)

Kherlley Caxias Batista Barbosa

Pró-Reitora de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários (PROEX)

Maria Santana Ferreira dos Santos

Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (PROGEDEP)

Michelle Matilde Semiguen Lima Trombini
Duarte

Pró-Reitor de Graduação (PROGRAD)

Eduardo José Cezari

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESQ)

Raphael Sanzio Pimenta

Pró-Reitor de Tecnologia e Comunicação (PROTIC)

Ary Henrique Moraes de Oliveira

Conselho Editorial

Presidente

Ruhena Kelber Abrão Ferreira

Membros do Conselho por Área

Ciências Biológicas e da Saúde

Ruhena Kelber Abrão Ferreira

Ciências Humanas, Letras e Artes

Fernando José Ludwig

Ciências Sociais Aplicadas

Ingrid Pereira de Assis

Interdisciplinar

Wilson Rogério dos Santos

**ELISANE BARROS DE SOUSA
VANDA MICHELI BURGINSKI
RUHENA KELBER ABRÃO**

**A PRIVATIZAÇÃO DA ATENÇÃO
ONCOLÓGICA NA POLÍTICA DE SAÚDE: O
ESTADO DO TOCANTINS**

Volume 1
1ª Edição

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

S725p Sousa, Elisane Barros de.

A privatização da atenção oncológica na política de
saúde: o estado do Tocantins / Elisane Barros de
Sousa, Vanda Micheli Burginski, Ruhena Kelber Abrão.

-- 1. ed.-- Palmas, TO : EDUFT, 2024.
v.1, 283p.

Bibliografia: p. 261-281

1. Saúde pública - Privatização. 2. Saúde pública
- Tocantins (Estado). 3. Oncologia.I.Burginski, Vanda
Micheli. II.Abrão, Ruhena Kelber. III. Título.

CDD: Ed. 23 -- 616.9928117

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	7
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO: A CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL (1920-1988).....	34
3. NEO LIBERALISMO, FUNDO PÚBLICO E POLÍTICA DE SAÚDE.....	121
4. APROXIMAÇÕES AOS PROCESSOS DE PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE E DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO ESTADO DO TOCANTINS.....	191
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	256
6. SOBRE OS AUTORES.....	282

PREFÁCIO

É com grande satisfação que apresento este livro, que lança luz sobre um tema de extrema importância e relevância no contexto da saúde pública: a privatização da atenção oncológica na política de saúde do estado do Tocantins. A saúde é um direito fundamental de todo cidadão, pois está intrinsecamente ligada ao bem-estar e à qualidade de vida.

No entanto, enfrentar o câncer representa uma das mais complexas e desafiadoras batalhas dentro do campo da saúde. Trata-se de uma doença multifacetada, que demanda não apenas tratamentos especializados, mas também apoio emocional e social para os pacientes e suas famílias. Diante desse cenário, é imprescindível compreender os impactos da privatização na atenção oncológica.

A crescente mercantilização dos serviços de saúde tem levado à privatização de diversas áreas, incluindo a oncologia, o que pode ter consequências significativas para o acesso e a qualidade do tratamento oferecido aos pacientes. Nesse contexto, a análise detalhada dos efeitos da privatização na atenção oncológica torna-se essencial para garantir que todos os cidadãos, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. É preciso assegurar que os recursos destinados à saúde sejam utilizados de forma eficiente e transparente, priorizando sempre o bem-estar e a dignidade dos pacientes.

Além disso, é fundamental promover políticas

e iniciativas que fortaleçam o sistema público de saúde e valorizem o papel dos profissionais que nele atuam. A construção de uma rede integrada de atenção oncológica, com serviços de qualidade e acessíveis em todas as regiões, é um passo crucial para enfrentar os desafios impostos pelo câncer e garantir o direito à saúde para todos. Portanto, ao analisarmos os impactos da privatização na atenção oncológica, estamos não apenas protegendo os direitos dos pacientes, mas também fortalecendo os alicerces de um sistema de saúde mais justo, humano e solidário.

É hora de unirmos esforços para garantir que o acesso ao tratamento do câncer seja uma realidade para todos os que necessitam, independentemente de sua condição socioeconômica. Este livro surge em um momento crucial, no qual observamos uma crescente mercantilização da saúde e uma tendência à privatização dos serviços públicos. Ao examinar de forma crítica a política de saúde do estado do Tocantins, especialmente no que diz respeito à atenção oncológica, os autores oferecem insights valiosos que podem contribuir para o aprimoramento das políticas públicas e para a defesa do direito à saúde para todos.

Ao longo das páginas deste livro, os leitores encontrarão análises detalhadas, baseadas em evidências e experiências concretas, que nos ajudam a compreender os desafios enfrentados pelo sistema de saúde do Tocantins e as possíveis estratégias para superá-los. Espero que esta obra desperte reflexões importantes e inspire ações concretas em prol de uma saúde pública de qualidade e acessível a todos os

cidadãos. Que este livro seja um instrumento de informação, conscientização e mobilização, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais justo, humano e solidário.

Professora Ma. Ana Paula Machado Silva

1. INTRODUÇÃO

A UICC (A União Internacional para Controle do Câncer) deu alerta em 2005, quando os números da globocam previam estimar uma verdadeira epidemia de câncer em 2020. A transição epidemiológica continua a avançar nos países emergentes e a tendência é o câncer ultrapassar as doenças cardiovasculares, numa curva que começa a se desenhar no Brasil. De olho nesse nicho, também os serviços de assistência vivem uma nova dinâmica e uma onda de fusão e incorporações chega ao mundo da oncologia. (ONCONEWS, 2014, n.p.).

Segundo a Onconews (2014), o aumento vertiginoso das estimativas do câncer no mundo tem movimentado o mercado privado de saúde, ocorrendo fusões e incorporações de redes hospitalares em plena expansão. Em 2010, a Rede Copa D’or

– Hospital São Luiz – “adquiriu 50% do Grupo Acreditar, proprietário de clínicas oncológicas no Distrito Federal, além de parte de outros grupos como Oncotech Oncologistas, Oncologistas Associados, Central Clinic, Centro Radioterápico e Instituto de Pernambuco” (ONCONEWS, 2014.). A área da oncologia também vem atraindo investidores e fundos de investimentos em pesquisas e tratamentos de tumores para desenvolver novas drogas. Segundo a UBS AG, empresa do mercado financeiro com sede na Suíça, que possuía (em 2016) um valor de US\$ 471 milhões em seu fundo de impacto na oncologia, trata-se de um setor altamente lucrativo, de investimento em

longo prazo, pois a oncologia está em franca expansão e tem atraído à atenção dos governos e da sociedade (SETOR SAÚDE, 2016). Nota-se que a oncologia é uma importante fonte de lucro para o capital e uma área de grande interesse. Ao redor da corrida por medicamentos e tratamentos da doença, surge uma cadeia produtiva que engloba pesquisas, descobertas de novas tecnologias, terapias, drogas e tratamentos, movendo um complexo-médico-industrial-financeiro de ponta.

Esse quadro nos motivou a pesquisar a privatização da atenção oncológica no Sistema Único de Saúde (SUS), em meio a uma crise estrutural, sanitária, política, ambiental, agravadas pela pandemia da Covid-19, que no Brasil ceifou mais de 400 mil vidas (até a data de 07/05/21). Com relação à produção teórica do serviço social sobre a atenção oncológica no Brasil, em contradição entre público e privado, destaca-se o estudo pioneiro de Valéria Coêlho de Omena (2008), dissertação de mestrado intitulada *A relação dos setores públicos e privado na política de saúde brasileira: os interesses do capital na atenção oncológica*, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal do Alagoas (UFAL).

Classificado como uma doença crônica não transmissível estima-se que o câncer é o responsável por 22% dos óbitos mundiais, atrás apenas das doenças cardiovasculares (48%). Na atualidade, 7,6 milhões de pessoas no mundo vão a óbito por ano em decorrência da doença; dessas, quatro milhões possuem entre 30 e

69 anos de idade. A previsão é de que, em 2025, ocorram seis milhões de mortes prematuras por ano se medidas mais efetivas de conscientização não forem tomadas (INCA 2020). No Brasil, em 2017, registrou-se 221.821 óbitos, sendo a segunda causa de mortalidade no país, atrás também das doenças cardiovasculares (DATASUS, 2019). A grande incidência e mortalidade pela doença exigem ações de controle e redução do impacto de câncer na população brasileira, que exige o fortalecimento da atenção pública, estatal e oncológica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica que teve como objetivo estruturar a atenção ao paciente oncológico em diversas frentes de organização. Em maio de 2013, foi atualizada pela instituição da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Também, no mesmo ano, foram instituídos: o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), uma versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação¹ do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA).

Nessa direção, a presente dissertação teve por objetivo geral pesquisar os processos de privatização da atenção oncológica no SUS, pois a oncologia, desde seus primórdios, é uma área de grande interesse do mercado privado de saúde, já que os serviços para tratamento dessa doença, em sua maioria, se situam na média e alta complexidade, níveis de extremo interesse

do setor privado. Nesse sentido, os objetivos específicos foram: identificar a destinação de recursos públicos às empresas privadas no que tange às ações da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer; e contribuir com o debate em curso sobre o processo de privatização da saúde tendo como foco as ações da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do câncer no estado do Tocantins.

Chama a atenção o processo de privatização interna do SUS através dos “modelos de gestão pública não estatal” por meio das Organizações Sociais (OSs), como também a compra de serviços de saúde oncológicos pelo Estado, prevista pela complementaridade, Artigo 199 da Constituição Federal de 1988. No caso da oncologia, a Portaria n°. 2.439, de 2005, traz o reforço na privatização da rede oncológica no SUS, permitindo que empresas privadas, filantrópicas e OSs se credenciem para a oferta de serviços oncológicos. Esse é um aspecto importante da expansão do setor privado e da privatização da rede oncológica no Brasil.

A atenção oncológica no Brasil, desde sua gênese, se deu a partir de parcerias entre filantrópicas e a iniciativa pública. E não podemos deixar de frisar que após golpe militar de 1964 ocorreu a maior expansão da lógica privatista, do modelo de atenção médico-hospitalocêntrico e de medicina liberal. Marca essa tão latente nos dias atuais. Após os anos de 1990, com a criação do SUS, houve ampliação do número de estabelecimentos destinados ao tratamento do câncer; porém, na contramão da organização do sistema de

saúde público para promoção da saúde, prevenção e controle do câncer no Brasil, segue a expansão das parcerias público-privadas nos serviços ofertados, com grande processo de terceirização dos serviços.

A análise leva em consideração o processo de privatização da prestação de serviços para atendimento aos portadores de neoplasias malignas e a apropriação de recursos pela iniciativa privada e filantrópica, em destaque o estado do Tocantins. Buscou-se verificar a transparência da execução orçamentária no recorte verificado (2016-2019) por se tratar da oncologia e por esse período ter instrumentos de gestão consolidados. Para tanto, utilizou-se tanto fontes primárias como secundárias. Uma das aproximações realizadas se deu em relação ao orçamento destinado à política de saúde, com foco na oncologia, tendo por base os recursos e os serviços oferecidos pela Rede Estadual de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer. Um dos aspectos que chamou a atenção foram as distinções do orçamento previsto e o orçamento executado no âmbito das ações programáticas da oncologia em Tocantins.

Como forma de realizar aproximações acerca da produção de conhecimento sobre os processos de privatização da saúde e apropriação do fundo público pelo mercado de saúde privado, as análises partiram de referenciais teórico-críticos, em sua maioria, de autores e autoras da tradição marxista. Teve como bússola os princípios do movimento de reforma sanitária brasileiro, que amplia a concepção de

saúde e nasce como um contraponto à mercantilização da saúde, radicalmente contra os

processos internos de privatização do SUS.

No entanto, é importante entendermos a diferença entre mercantilização e privatização. Mercantilizar é sobrepor o valor econômico ao social para que siga a lógica do mercado privado; essa mercantilização da Política de Saúde Brasileira impacta o caráter universal e público ao transformar os serviços públicos em mercadorias a serem adquiridas via mercado. Já a privatização, refere-se ao serviço prestado, gerido pelo poder público para a iniciativa privada em detrimento do público.

Assim, os referenciais sobre o orçamento e o fundo público como estruturante no capitalismo contemporâneo e a contradição entre capital e trabalho mobilizados no estágio atual do desenvolvimento capitalista é um condutor de análise e leitura da realidade sobre os processos de privatização da saúde.

Esta pesquisa se apoiou em categorias, que consideramos fundamentais, para a compreensão das tendências presentes na política de saúde, entre elas: a universalização e o seu contraponto (focalização e/ou seletividade), a conformação legal da saúde como direito social; a cobertura/acesso das ações em saúde, a partir dos conceitos de universalidade e integralidade; a relação público/privado no financiamento, na gestão e na execução das ações de saúde; a centralização/descentralização na implementação da política de saúde.

A partir da análise crítica dos estudos desenvolvidos no campo da história da saúde no Brasil relacionados ao câncer, como também de fontes atuais

acerca dos processos de privatização do SUS e os interesses do setor privado, é que se buscou compreender a privatização da atenção oncológica no Brasil. Nota-se que a atenção oncológica, desde a sua gênese, esteve articulada ao setor privado de saúde e à filantropia. Durante a ditadura do grande capital (IANNI, 1981), o setor privado se fortalece exponencialmente e o câncer é tratado na perspectiva individual, perdendo seu caráter de problema de saúde pública. Na Constituição Federal de 1988, a partir da criação do SUS, o câncer se torna um problema de saúde pública. Contudo, a manutenção, nos princípios constitucionais da complementaridade prevista no Art.199, bem como a abertura da atenção oncológica ao setor privado (através de portarias específicas) e a concessão de isenções fiscais, têm fortalecido o avanço do capital sobre a saúde pública e a transferência de recursos públicos para o setor privado de saúde, intensificando os processos de privatização da rede de atenção oncológica. As aproximações e reflexões trazidas podem contribuir com as lutas sociais em defesa da saúde pública, estatal e universal, ou seja, com a perspectiva de saúde ampliada para além do capital (MÉSZÁROS, 2011).

Foram adotadas as categorias teórico-metodológicas do materialismo dialético: a totalidade, a historicidade, a contradição e a mediação. Em relações que nunca são diretas, mas mediadas por diferentes níveis de complexidade e pela estrutura de cada totalidade (PAULO NETTO, 2009). Segundo Sweezy (1976, p. 39-40), Marx praticava o que os

teóricos modernos chamam de aproximações sucessivas: consiste em passar do mais abstrato para o mais concreto, em fases sucessivas, afastando suposições simplificadoras nos sucessivos estágios da investigação, de modo que a teoria possa explicar e levar em conta um número de fenômenos cada vez maior.

O conhecimento do concreto opera envolvendo universalidade, singularidade e particularidade – que se expressam em uma totalidade que permite realizar aproximações sucessivas num movimento do concreto ao abstrato. A totalidade concreta é a categoria fundamental da realidade. Assim, conforme Behring e Boschetti (2009, p. 39), o método na perspectiva marxiana é uma relação entre sujeito e objeto que permite ao sujeito aproximar-se e apropriar-se das características do objeto; o conhecimento não é absoluto, é sempre aproximativo; o ser social se objetiva, já que a sociabilidade é objetivação.

Este estudo sobre a privatização e o orçamento destinado à oncologia, trazendo como foco o estado do Tocantins, é conduzido pela técnica da pesquisa documental, a partir da análise das principais fontes de informação que permitam delinear a conformação atual do problema. Na análise documental, a partir da leitura, a pesquisadora tem possibilidades de argumentar e fazer críticas a respeito do documento analisado. Esses documentos se referem ao ciclo orçamentário estadual (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual). A análise se iniciou pela verificação da publicização de documentos referentes

ao Ciclo Orçamentário (LOA, LDO e PPA), seus projetos de lei, conteúdo disponibilizado ao público, os mecanismos, a temporalidade dessa divulgação, clareza e inteligibilidade dos dados; a totalidade do fundo público destinado à política da oncologia e os meios de divulgação dos documentos empregados pelo Estado na propagação do orçamento, tais como: diário oficial, site, unidades de serviço público, consulta ao relatório de prestação de contas e relatório de auditoria externa. Ao decorrer da pesquisa, pretendeu-se analisar dados referentes à arrecadação tributária, bem como das desonerações fiscais.

Os procedimentos metodológicos adotados foram: a coleta de informações sobre o orçamento nos sites <http://transparencia.to.gov.br>, <https://saude.to.gov.br>, <https://www.cge.to.gov.br> e <http://www.sefaz.to.gov.br>, além das informações obtidas junto a áreas técnicas gestoras da política de saúde no estado.

Com relação ao financiamento da política de saúde, a Constituição Federal de 1988 previa uma destinação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para a saúde. Isso seria a partir da aprovação de uma primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias, vinculação que não ocorreu desde a aprovação da Lei Orgânica da Saúde. Essa Lei prevê a alocação de recursos para superávit primário e pagamento de juros da dívida pública; todavia, desde 2015 não ocorre superávit primário. O OSS encontra-se, portanto, vinculado à política de ajuste macroeconômico que tem como condutor o equilíbrio

macroeconômico e o equilíbrio fiscal através das despesas direcionadas ao pagamento de juros, encargos e amortização da dívida interna e externa. Ficando o gasto com políticas sociais em segundo plano, ou melhor, não é prioridade da política de governo.

Foram encontradas dificuldades com relação às informações necessárias à efetivação dos objetivos propostos: a falta de formalização na aprovação e/ou liberação de dados com projeto de pesquisa submetido conforme portaria SES/TO e o cumprimento da própria prerrogativa da Lei de Acesso à Informação, por ser tratar de dados que deveriam ser públicos, ou melhor, publicizados. Houve indisponibilidade de uma área por um longo espaço de tempo com justificativa de toda atenção às ações referentes à Covid-19. Posteriormente, com a descoberta da necessidade de dados de outra área não citada no projeto elaborado, repetiu-se a mesma justificativa. A limitação de acesso a informações públicas deve-se ao fato de que a busca no Diário Oficial do estado e no Portal da Transparência nem sempre atendem ou fornecem o dado completo. As isenções, incentivos e desonerações não são facilmente identificáveis e disponíveis. Sabemos que a pandemia trouxe um novo cenário e toda atenção teve que ser voltada à questão de evitar mais mortes e garantir o acesso a leitos, UTIs, entre outros.

1.1 Breve histórico sobre o estado do Tocantins

O território que hoje é o atual estado do

Tocantins tem sido explorado desde o tempo em que as Bandeiras adentraram o centro do Brasil. Na realidade, o que muitos encaram como o início do progresso foi um grande ataque à população indígena nacional. Até os anos de 1980, era possível observar que as cidades do norte goiano (hoje Tocantins) mais desenvolvidas socioeconomicamente eram aquelas localizadas às margens da Belém-Brasília (antiga BR-153). As mais afastadas da estrada federal apresentavam indicadores mais baixos de desenvolvimento. Antes de migrar para a condição de nova unidade federativa, o antigo Norte do estado de Goiás apresentava características que precisam de um detalhamento mais apurado.

Na década de 1950, conforme Oliveira (2019) iniciou-se ligações rodoviárias entre o norte e o sul de Goiás que foram viabilizadas pelo governo federal, com o intuito de realizar uma conexão dos transportes terrestres e fluviais entre os principais rios do estado. Na década seguinte, o norte goiano passou por mudanças com relação ao tipo de produção e relacionamento com as demais regiões do país, em especial com o estado de São Paulo, que comandava desde a década de 1930 o novo processo de acumulação de capital baseado na indústria. Vale lembrar que o Plano de Metas implementado durante o governo JK (1956-1960) ligou as regiões mais longínquas, com investimentos federais em eletrificação, dentre outros.

A transição dessa região para se tornar o atual Tocantins ocorreu no final da década de 1980; porém, as suas atividades econômicas tiveram maior impulso a

partir de 1950 e 1960, com a construção de Brasília. Com relação à nova capital, destaca-se a construção da rodovia federal denominada Belém-Brasília (BR-153), que alterou a dinâmica socioeconômica do antigo norte de Goiás e das novas cidades que surgiram às margens da rodovia. Essa transformação se deu, sobretudo, por meio das rodovias federais. Desse modo,

[...] o Estado brasileiro exerceu papel fundamental no processo de crescimento e desenvolvimento nas novas áreas de expansão de fronteiras agrícolas durante as décadas de 1960 e 1970, por meio de estímulos fiscais, financiamentos aos setores produtivos, investimentos em infraestrutura básica, como transportes, cita-se a rodovia Belém-Brasília (BR-153), a BR- 010 e BR-266, e armazenagem. (OLIVEIRA, 2019, p. 9-10).

Outrora, o Estado de Goiás também se fortaleceu com a construção da rodovia, o que favoreceu a economia agrária do seu norte. Entretanto, a ligação rodoviária do norte ao centro-sul do país remonta ao primeiro governo Vargas (1934), com a construção da rodovia Transbrasiliana (BR-14), que não foi executada por falta de recursos e que fora incorporada ao projeto da rodovia Belém-Brasília pelo governo JK. Isso trouxe um aumento do processo migratório e também populacional para o norte de Goiás, pois atraiu migrantes de estados limítrofes e surgiram novos municípios à margem da rodovia e suas obras (OLIVEIRA, 2019).

Entre 1964 e 1985 o Brasil viveu a ditadura militar. A Constituição de 1967 implantou uma política centralizadora, que concentrou mais poderes nas mãos

do Executivo e limitou mais uma vez a autonomia dos estados. O discurso da integração nacional foi retomado por meio da incorporação de novas fronteiras territoriais como parte do projeto geopolítico de modernização. (OLIVEIRA, 2019, p. 99).

Durante a década de 1970, houve alguns incentivos federais para as regiões brasileiras, o que ficou conhecido como agenda desenvolvimentista. Entre as décadas de 1960 e 1980, durante os governos militares, que tinham como característica a forte intervenção estatal, foram lançados planos, programas e projetos específicos – com destaque para o setor agropecuário. No período conhecido como "Milagre Econômico" (1969-1973), durante a ditadura militar, a antiga região norte de Goiás recebeu investimentos na agropecuária devido a benefícios fiscais do governo federal a grandes produtores que visavam o mercado externo. Um dos debates feitos em defesa da emancipação dessa região foi o de enfrentar a legalização de terras ilegais e os conflitos. Isso ocorreu fortemente na chamada região do Bico do Papagaio, que pertenceu à guerrilha do Araguaia e que até hoje vivencia grandes conflitos agrários.

Os incentivos dados aos grandes produtores em detrimento dos pequenos agricultores, que perderam terra e espaço no mercado produtivo, tiveram destaque durante o governo Geisel (1974-1979), por intermédio dos programas do governo federal: Programa de Polos Agropecuários e Agrominerais da Amazônia (POLAMAZÔNIA) e Programa de Desenvolvimento dos Cerrados (POLOCENTRO),

ambos criados no ano de 1975. Com o desenvolvimento e a expansão da fronteira agrícola capitalista em terras indígenas – Apinajés, Pankararu, Karajás, Kraho e Xerente –, acirraram-se os conflitos entre índios e não índios, com expropriação de terras nativas e desterritorialização de áreas indígenas.

A abertura da rodovia Belém-Brasília ligou centros produtores e consumidores, aumentando a participação no mercado regional e nacional. Também houve melhoria nos indicadores de qualidade de vida: tipo de domicílio, abastecimento de água e instalações sanitárias, por exemplo. Outro indicador ruim era o relacionado à educação, com elevado índice de analfabetismo e reprovação. Assim, o norte de Goiás foi marcado pela condição de isolamento; por vias de transporte inadequadas para o escoamento da produção; pelo abandono por parte da elite do sul; e pela precariedade de condições de vida de seus moradores, com elevado índice de pobres, falta de rede de água encanada e elétrica (OLIVEIRA, 2019, p. 93). Nesse sentido, o governo regional e central concentrava seus investimentos na parte centro-sul goiana. Na década de 1980, o processo de urbanização agravou a “questão social”.

Havia uma rede de assistência médico-hospitalar deficitária com alta taxa de mortalidade infantil. Aqueles que residissem no norte de Goiás ficavam atrelados ao sistema de saúde disponível à época, segundo contribuição e/ou pagamento. O atendimento especializado era acessado na capital do

estado de Goiás: Goiânia (em uma distância média de 683,2 km com relação ao norte do estado). A zona rural sofreu bastante esse impacto. Neste estudo, não encontramos informações consolidadas sobre a atenção à saúde antes da divisão, ao que sugerimos a realização de umapesquisa específica e utilização da metodologia História Oral com um recorte direcionado a pioneiros e/ou população que residiam no período anterior à divisão territorial.

Uma referência encontrada foi com relação à obra de Cavalcante (1999). Intitulada Tocantins – o Movimento Separatista do Norte de Goiás 1821-1988, a autora retrata uma ação em pleno Golpe Militar que não arrefeceu a campanha separatista do movimento estudantil liderado por estudantes da Casa do Estudante do Norte Goiano (CENOG). Estes realizaram, junto à população, comícios, distribuição de cartazes e boletins como forma de esclarecer sobre a separação territorial das duas regiões e suas vantagens. O golpe militar gerou a deposição do governador Mauro Borges, que foi substituído pelo general Emílio Rodrigues Ribas Júnior que, mesmo se posicionando contra a separação da região, não deixou de reconhecer a desigualdade entre o centro-sul e o norte.

A partir dos estudos de Gonçalves (2015) e da obra de Cavalcante (1999), tivemos conhecimento de que o governador militar do estado de Goiás lançou um plano de irradiação do progresso no norte do estado, que previa, entre outros pontos, a canalização de recursos para a região norte do estado. Sua primeira ação foi a inauguração, na cidade de Araguaína

(atualmente, a segunda maior cidade do Tocantins em desenvolvimento), do Hospital Regional Marechal Ribas, com capacidade para 50 leitos. Gonçalves (2015) relata que foi significativo para os integrantes do CENOG, além de diminuir as longas distâncias do acesso à saúde que existiam em outras regiões.

Não podemos deixar de frisar que se tratava de meados dos anos de 1960. Entre o final dos anos de 1970 e o início de 1990, o então norte de Goiás possuía estabelecimentos de saúde (hospital) de propriedade privada em municípios maiores, como Gurupi, Paraíso e até mesmo Colinas, situado próximo à cidade de Araguaína. Embora estivesse atrelada à medicina previdenciária, e a convênios com serviços filantrópicos, bem como a recursos próprios dos atendidos, havia preparo para atendimento médico e alguns tipos de cirurgias menos especializadas. A saúde preventiva ficava até o período sob controle de endemias da antiga Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM). De toda forma, a falta de registros descritivos e históricos não nos permitiu avançar na contextualização e análise crítica de tal período em local específico. Em algumas localidades do antigo norte do Estado, havia postos, centros de saúde e mesmo serviços de internação, em unidades mistas: Hospital/Centro de Saúde. Estes foram operacionalizados pela Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), vinculada ao MS durante muito tempo.

Com o processo de redemocratização do Brasil, a partir de 1985, a questão da redivisão territorial entra

novamente em cena, com a instalação da Assembleia Nacional Constituinte (ANC) em 1987. Em 27 de Julho de 1988, foi aprovada a criação do Estado do Tocantins (27ª Unidade da Federação), coroado, portanto, com a promulgação da CF de 1988. Alguns nortistas dessa antiga região goiana ocupavam cargos ou tinha status no sul em âmbito federal. Segundo Póvoa (1990), Siqueira Campos, no cargo de Deputado e Presidente da Comissão da Amazônia, apresentou um Projeto de Redivisão da Amazônia Legal, que previa a criação de uma nova unidade federativa. Isso ocorreu no ano de 1972 e, em 1974, o mesmo apresentou Emenda ao projeto de Lei Complementar nº. 1, que dispunha sobre a criação de estados e territórios. Tal feita se repetiu junto a outros dois deputados no ano de 1978.

Durante o governo “democrático” de José Sarney (1985-1989), houve dois vetos presidenciais a projetos e emendas apresentados. À época, a competência na Assembleia Nacional Constituinte era do deputado Toto Calvalcante. Em protesto ao veto, o Deputado Siqueira Campos permaneceu em greve de fome. A isso, arrefeceram o âmbito federal e nomearam a Comissão de Redivisão Territorial no Ministério do Interior, transferindo assim a questão para a ANC. O então deputado Wilson Siqueira Campos apresentou Emenda na fase dos trabalhos da Comissão de Organização do Estado como garantia de criação de uma unidade federativa junto à eleição direta para governador.

A instalação do novo estado deu-se no 46º dia após a eleição e não antes de 1º de janeiro de 1989. A

capital provisória escolhida constitucionalmente pelo então governador eleito foi Miracema do Tocantins (1988), anteriormente denominada Miracema do Norte. Inscreve-se, portanto, o processo de estamento, mandonismo, clientelismo e coronelismo; comumente, tipos de dominação tão presentes no cenário de formação política, econômica e social brasileira.

Antes de entrarmos na descrição mais detalhada do novo território federativo, devemos lembrar, de acordo com Souza (2016), que semelhantes a essas características acima citadas estão os estados do Maranhão e Bahia, respectivamente, nas figuras políticas de José Sarney e Antônio Carlos Magalhães (ACM). “Outra aproximação é o fato que esses três políticos atuaram ao longo do período da ditadura militar (1964-1985) sempre ao lado dos governos militares pela ARENA se tornando porta-vozes de suas regiões de origem” (SOUZA, 2016, p. 57).

Em 1989, foi aprovado pela Assembleia Estadual Constituinte o local de construção da capital definitiva do estado, localizada a 93 km de Miracema do Tocantins e na margem direita do Rio Tocantins. O primeiro mandato de governador, vice e deputados estaduais e federais foi de dois (02) anos para que as eleições coincidissem com as demais eleições estaduais do Brasil. Assim:

Independentemente da macrorregião geográfica a que pertence, o mais importante a observar é que a criação do Tocantins ocorreu muito menos devido a luta secular ou ao desejo da população em conquistar autonomia político-administrativa, e muito mais pela habilidade

política das elites regionais em conquistar maiores espaços de poder, não apenas no campo, mas também nas áreas urbanas. A força dos lobbies e a influência da UDR nas votações foram decisivas a aprovação da criação e emancipação do território do Tocantins. (OLIVEIRA, 2019, p. 102-103).

O estado do Tocantins concretizou-se na Assembleia Constituinte de 1988, Art. 13 das Disposições Transitórias da Constituição Federal, e faz parte da Amazônia Legal, que em termos simples refere-se à área que engloba nove estados (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do estado do Maranhão). De acordo com informações do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Tocantins possui uma área territorial de 277.466,763 km² e uma população estimada de 1.590.248 pessoas, densidade demográfica de 4,98 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,699. Limita-se ao norte com o Maranhão e o Pará; ao sul, com Goiás; ao leste, com o Maranhão, o Piauí e a Bahia; e a oeste, com o Pará e o Mato Grosso.

Uma importante estratégia no momento de transição do antigo norte de Goiás para o mais novo estado brasileiro se deu com a sua inserção no território conhecido como a Amazônia Legal, instituído pelo governo brasileiro para promover o desenvolvimento social e econômico dos estados que o englobam. Isso se resume ao fato de que, mesmo localizado geograficamente na região centro-oeste, possuiria maior capacidade de captar recursos para o estado ao

ser inserido em tal território.

Fato interessante foi o Tocantins ter sido colocado na região norte, mesmo que a característica física o identificasse com a região centro-oeste. Isso ocorreu devido à região norte possuir maior fatia na divisão das transferências constitucionais. Assim, recebe 4,3% do montante destinado à região norte, ao contrário de apenas 2%, caso fosse incluído na região centro-oeste, sendo, portanto, essa uma inclusão de interesse primordialmente econômico (NASCIMENTO, 2013).

Houve pouco avanço socioeconômico na década de 1990. Já na primeira década do século XXI, ocorreu maior desenvolvimento e urbanização, com maior concentração em Palmas, capital do estado. Na cidade, estão localizados os poderes Executivo, Judiciário e Legislativo. Ao longo dos anos, todavia, houve melhorias quanto aos indicadores sociais e econômicos tocantinenses. Essa ampliação espacial das atividades econômicas intensificou movimentos migratórios de capitais e pessoas para esse território, com destaque para a capital.

Com a divisão do norte de Goiás, houve a expansão de novas fronteiras agrícolas, construção de rodovias e ferrovias. No entanto, as relações de poder presentes no estado e nas instituições de cunho patrimonialista e clientelista, apesar de defendidas e apoiadas por parcela expressiva da sociedade tocantinense, contribuem para o crescimento de desigualdades sociais e econômicas nos 139 municípios. Exemplo do patrimonialismo são os

investimentos na construção da ferrovia Norte-Sul e da Usina Luís Eduardo Magalhães.

No momento da criação do novo ente federativo, o antigo norte de Goiás contava com 60 municípios, a maior parte situada à margem esquerda do rio Tocantins, o que explica grande parte deles estarem localizados no corredor da BR-153. Nesse processo, pequenos locais considerados vilarejos foram emancipados, elevando o Fundo de Participação do Estado.

Esses pequenos municípios possuem baixa arrecadação de impostos, o que reflete em pouco investimento em políticas públicas nas áreas de saúde e educação. Podemos dizer que há dificuldades na atenção primária em saúde, não somente em municípios menores. A própria dinâmica nos investimentos segue relações de poder e interesses econômicos individuais. O grande “empregador” é o estado e o poder público municipal. A economia do Tocantins é de base agropecuária.

Conforme o IBGE, Tocantins é o quinto estado com maior número de migrantes, o que ocasiona perda populacional nos pequenos municípios que possuem menos de dez (10) mil habitantes. Há, portanto, maior concentração populacional nas cinco maiores cidades do estado. A partir do ano 2000, o estado teve um aumento do IDH e também da população idosa.

A população indígena do Tocantins é composta pelas etnias em terras demarcadas e reconhecidas: Apinajé, Xerente, Karajá, Xambioá, Javaé e Krahô-Kanela. Sendo assim, Karajá e Javaé residem na Ilha

do Bananal, localizada no Parque Indígena do Araguaia; Xambioá, no município de Santa Fé do Araguaia; Apinajé, entre os municípios de Tocantinópolis, Maurilândia e Cachoerinha, às margens do rio Tocantins; os Krahô, nos municípios de Goiatins e Itacajá; os Xerente, no município de Tocantínia, no centro do estado; e os Krahô-Kanela, no município de Lagoa da Confusão. Já as comunidades Quilombolas, estão distribuídas em vinte e oito comunidades, presentes em 19 municípios, entre as regiões do território tocantinense que foram reconhecidas entre os anos de 2004 e 2011.

A vegetação desse território é coberta pelos biomas Floresta Amazônica e Cerrado. O clima possui duas estações com temperaturas que variam entre 25°C e 40°C: verão (quente e chuvoso) e inverno (quente e seco). Possui abundante riqueza hidrográfica inserida na bacia Tocantins-Araguaia. O estado se destaca na produção de soja, abacaxi, dentre outros. A pecuária bovina também tem algum destaque. Nesse território, há um expressivo investimento no agronegócio, que representa 98% das exportações. Possui oito projetos de irrigação implantados a partir da década de 1990. A própria soja foi introduzida no atual território, na década de 1980. Atualmente, o maior desenvolvimento é o setor agropecuário, devido a seu relevo, clima e localização geográfica:

[...] a agricultura tocantinense chega até duas safras de grãos por ano, e vem sendo um dos estados que mais cresceu no agronegócio nas últimas décadas no País, junto com o Maranhão e Piauí, formando o

MATOPIBA [é uma sigla feita pelas iniciais do Maranhão, Piauí, Tocantins e Bahia, considerada como o eldorado do agronegócio brasileiro, uma região que está em franca expansão. (NASCIMENTO, 2013, p. 117).

Com relação ao saneamento do Tocantins, a então responsável Saneatins foi privatizada em 1988, após aquisição do Grupo Odebrecht, embora o governo do Tocantins seja um dos acionistas da Empresa BRK Ambiental e parceiro na área de saneamento, sendo necessária sua anuência para contratação de empréstimo. A distribuição da energia no Tocantins é feita pelo grupo Energisa, anteriormente Companhia de Energia Elétrica do Estado do Tocantins (Celtins), primeira concessionária de energia elétrica privatizada do país. Com relação à matriz energética, ironicamente, o Tocantins consome apenas 9% do que produz enquanto exporta 91% (OLIVEIRA, 2019), o que eleva a taxa cobrada pelo consumo de energia.

O potencial hidrelétrico das bacias Tocantins-Araguaia, que cortam o estado, possibilitou a instalação de algumas usinas hidrelétricas (UHE) e de pequenas centrais hidrelétricas (PCH). As principais usinas são: UHE Luis Eduardo Magalhães (902,5MW), em Lajeado; UHE Peixe-Angical (452 MW); UHE São Salvador (243 MW); com a produção delas o estado passou a exportar energia para outras unidades da federação. (OLIVEIRA, 2019, p. 113).

O Tocantins tem potencial de pesca com grande capacidade de expansão. O Turismo se expande e é necessário que se torne sustentável devido ao

grande índice de desmatamento. Entre os parques de reserva, podemos citar a Ilha do Bananal, Cantão e o Jalapão. Também possui lagos, cachoeiras, rios, serras, vales, grutas, águas termais e cidades com

monumentos históricos. Verifica-se, porém, a promoção de turismo em locais com os piores indicadores; um exemplo é a região do Jalapão. O IDH e o PIB são maiores em algumas cidades e nas que possuem geração de energia em usinas, ressaltando também o Imposto sobre ICMS.

2 ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO: A CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL (1920-1988)

2.1 Estado, capitalismo monopolista e política de saúde no Brasil (1920-1964)

O estágio do capitalismo monopolista, no final do século XIX e início do século XX, trouxe alterações profundas no modo de produção capitalista, no papel do Estado e da luta de classes. O Brasil passou por um período de industrialização via substituição por importações associado a conjunturas de instabilidades políticas, golpes militares, governos autoritários e com breves períodos democráticos que tiveram como desdobramentos modificações na área de saúde. Antes de adentrar na realidade brasileira, cabe traçar alguns elementos que caracterizaram essa fase do capitalismo e sua dinâmica nos países centrais.

Segundo Paulo Netto (2007, p. 19), é consenso na tradição marxista que, sob o capitalismo monopolista, o capitalismo sofreu “profundas modificações no seu ordenamento e na sua dinâmica econômicos, com incidências necessárias na estrutura

social e nas instâncias políticas das sociedades nacionais que envolvia”, estágio que Lênin caracterizou como imperialista. Segundo Paulo Netto (2007, p. 19):

A idade do monopólio altera significativamente a dinâmica inteira da sociedade burguesa: ao mesmo tempo em que potencia as contradições fundamentais do capitalismo já explicitadas no estágio concorrencial e as combina com novas contradições e antagonismos, deflagra complexos processos que jogam no sentido de contrarrestar a ponderação dos vetores negativos e críticos que detona. Com efeito, o ingresso do capitalismo no estágio imperialista assinala uma inflexão em que a totalidade concreta que é a sociedade burguesa ascende à maturidade histórica, realizando as possibilidades de desenvolvimento que, objetivadas, tomam mais amplos e complicados os sistemas de mediação que garantem a sua dinâmica. (PAULO NETTO, 2007, p. 19).

Para Mandel (1985), a transição do capitalismo concorrencial para o imperialismo alterou substancialmente o papel do Estado quanto às funções objetivas na realização de suas tarefas para a expansão capitalista. “O surgimento dos monopólios gerou uma tendência à superacumulação permanente nas metrópoles e à correspondente propensão a exportar capital e a dividir o mundo em domínios coloniais e esferas de influência sob o controle das potências imperialistas” (MANDEL, 1985, p. 337-338). Na Europa ocidental, o capitalismo monopolista também se deparou, contraditoriamente, com a influência

política do movimento da classe operária, que refletiu “de forma notável na aquisição gradual do sufrágio universal e em seu uso pela democracia social clássica” (MANDEL, 1985, p. 338).

A ampliação geral da legislação social na Europa ocidental se fez devido “à crescente luta de classe do proletariado para salvaguardar a dominação burguesa dos ataques mais radicais” e, ao mesmo tempo e contraditoriamente, correspondeu “aos interesses gerais da reprodução ampliada no modo de produção capitalista, com vistas a assegurar a reconstituição física da força de trabalho onde ela estava ameaçada pela superexploração” (MANDEL, 1985, p. 338). Foi nesse período que houve uma redistribuição considerável do valor socialmente produzido em favor do fundo público que tinha que reter “uma percentagem dos rendimentos sociais para garantir uma base material para ampliar o Estado” (MANDEL, 1985, p. 338).

Mandel (1985, p. 333) conceitua o Estado como produto da divisão social do trabalho e “surgiu da autonomia relativa de certas atividades superestruturais, mediando a produção material, cujo papel é sustentar uma estrutura de classe e relações de produção”. É a partir do momento em que a acumulação primitiva alcançou certo grau de maturidade, que solapou as formas tradicionais de dominação política por meio da expansão do capital-dinheiro, é que “o Estado tornou-se mais explicitamente um instrumento da acumulação progressiva de capital e o parceiro do modo de

produção capitalista” (MANDEL, 1985, p. 335).

Outro elemento fundamental para caracterizar o capitalismo monopolista são as crises. As crises são inerentes ao modo de produção capitalista; enquanto houver capitalismo, haverá crises. Na história do capitalismo, houve uma sucessão de crises econômicas a partir de 1825 até a Segunda Guerra Mundial (1945). A primeira (1825) envolveu apenas a Inglaterra; entre 1847-1848, obtiveram proporção mundial; e a mais grave emerge em 1873. No século XX, a crise que se abriu em 1929 teve consequências mundiais e avassaladoras. Seus efeitos vão requisitar, a partir do pós- segunda guerra, o surgimento e a implementação de políticas macroeconômicas e de “instituições nacionais e supranacionais com o objetivo de reduzir o impacto das crises” (NETTO; BRAZ, 2006, p. 156).

No cenário marcado pela pós-crise mundial de 1929, o mundo experimentou uma época de expansão acelerada das relações capitalistas com repercussão direta para as classes sociais, o Estado e as respostas à questão social (BEHRING; BOSCHETTI, 2009). Houve um redimensionamento do papel do Estado a partir da segunda metade do século XX, em um processo alternado de prosperidade e depressão. Os anos que se seguiram ao período de reconstrução do segundo pós- guerra, estendendo-se até os anos 1970, nos países centrais, foram marcados por uma fase de expansão do capitalismo; caracterizada por altas taxas de crescimento econômico; ampliação de empregos e salários; e uma forte intervenção do Estado (MOTA, 2009, p. 5).

O problema da configuração e dos usos dos poderes do Estado, de acordo com Mandel (1985), só foi resolvido depois de 1945, o que levou o fordismo à maturidade como regime de acumulação plenamente acabado e distintivo e que também formou a base de um longo período de expansão pós-segunda guerra, que se manteve mais ou menos intacto até 1973. Desse modo, “a principal expressão do esgotamento do pacto fordista é a crise do Welfare State nos países capitalistas desenvolvidos e o colapso do socialismo real do leste europeu” (MOTA, 2011, p. 89).

Conforme Paulo Netto (2007, p. 24), o Estado prescindiu de uma nova modalidade de intervenção devido à necessidade que o capitalismo monopolista tem de um “vetor extra econômico para assegurar seus objetivos estritamente econômicos”, sobretudo para garantir os superlucros dos monopólios, em que o Estado desempenha uma multiplicidade de funções. Os estados nacionais passam a desempenhar, então, funções diretas de caráter econômico que são vastíssimas, dentre as quais:

Possuem especial relevo a sua inserção como empresário nos setores básicos não rentáveis (nomeadamente aqueles que fornecem aos monopólios, a baixo custo, energia e matérias-primas fundamentais), a assunção do controle de empresas capitalistas em dificuldades (trata-se, aqui, da socialização das perdas, a que frequentemente se segue, quando superadas as dificuldades, a reprivatização), a entrega aos monopólios de complexos construídos com fundos públicos, os subsídios imediatos aos monopólios e a

garantia explícita de lucro pelo Estado. As indiretas são menos significativas; as mais importantes estão relacionadas às encomendas/compras do Estado aos grupos monopolistas, assegurando aos capitais excedentes possibilidades de valorização; não se esgotam aí, no entanto – recordem-se os subsídios indiretos, os investimentos públicos em meios de transporte e infra-estrutura, a preparação institucional da força de trabalho requerida pelos monopólios e, com saliência peculiar, os gastos com investigação e pesquisa. A intervenção estatal macroscópica em função dos monopólios é mais expressiva, contudo, no terreno estratégico, onde se fundem atribuições diretas e indiretas do Estado: trata-se das linhas da direção do desenvolvimento, através de planos e projetos de médio e longo prazos; aqui, sinalizando investimentos e objetivos, o Estado atua como um instrumento de organização da economia, operando notadamente como um administrador dos ciclos de crise. (PAULO NETTO, 2007, p. 24).

Esses processos estão relacionados a alguns países de capitalismo central. Na realidade latino-americana e brasileira, o capitalismo monopolista se deparou com o processo de industrialização retardatária em relação aos países centrais. Ao analisarmos que “são as crises estruturais que estão na base de conversão do subdesenvolvimento ao desenvolvimento”, é importante considerar que as economias dependentes sofrem problemas com a sua recuperação, que é quase impossível em momentos de crise (IANNI, 2004, p. 204). Esses países apresentam

dificuldades em desenvolver políticas industriais e acabam se tornando reféns de investimentos estrangeiros.

Essas transferências internacionais de mais-valia se tornam a principal determinante do subdesenvolvimento. Isso se tornou base da “superexploração”. De acordo com Katz (2020), é uma característica da configuração socioeconômica dessas economias dependentes. Apoia-se na tese de Marini (1973; 1978) que “ênfatizou que a superexploração constituía uma modalidade de mais-valia relativa nas economias intermediárias e que a modernização industrial se realizava nessas regiões com menor investimento de ponta e com maior dano físico dos operários”. Katz ressalta que alguns autores não aceitam tal conceito. Assim, o imperialismo se configura também por uma forte exportação de capitais para regiões menos desenvolvidas. Esse movimento leva ao surgimento dos monopólios que exportam capital, dividem o mundo em domínios coloniais e aumentam as despesas com armamentos e militarismo.

Ocorre uma fusão do capital bancário com o industrial na fase dos monopólios. Em decorrência do surgimento dos monopólios (com forte exportação de capitais para regiões menos desenvolvidas), da revolução tecnológica e das possibilidades de superlucros, surge o momento do capitalismo tardio, conceituado por Mandel (1985) como um período posterior à fase imperialista (pós-segunda guerra mundial de 1945- 75), também chamado de trinta anos gloriosos.

Concordamos com Florestan Fernandes (1973) de que o imperialismo ou o capitalismo tardio (cf. MANDEL, 1985) não é apenas um produto de fatores econômicos, embora a grande empresa corporativa esteja no centro desse processo. Porém, as mudanças na organização, nas funções e no poder financeiro das empresas capitalistas foram seguidas por mudanças nos padrões de consumo e de propaganda de massa, na estrutura de renda, por uma revolução concomitante na tecnologia e nos padrões burocráticos de administração, pelos efeitos múltiplos e cumulativos da concentração financeira do capital na internacionalização do mercado capitalista mundial (FERNANDES, 1973, p. 21).

O modelo de capitalismo que floresceu na América Latina foi o dependente, que se tornou o causador de subdesenvolvimento econômico, social, cultural e político. Nos termos de Fernandes (1973), o capitalismo dependente surge como uma realidade histórica na América Latina. Para o autor, as nações latino-americanas são o produto de um colonialismo organizado e sistemático das chamadas “conquistas” espanhola e portuguesa. Nesse sentido, a institucionalização do poder teve como mote a exclusão e repressão permanente do povo.

Nos países latino-americanos, ocorreu uma “incorporação dependente das sucessivas nações capitalistas hegemônicas” (FERNANDES, 1973, p. 11-12). De acordo com Ianni (2004, p. 250), o capitalismo que se formou no Brasil teve o Estado como instrumento (meio) frente à economia e à sociedade,

pois “na formação do Capitalismo no Brasil, o Estado se torna um lugar privilegiado do capital. Isto ocorre no percurso da transição da economia agroexportadora à industrialização”. Sabemos que os países do centro não podem abster-se da periferia capitalista. Isso condiz com a formação econômico-social latino-americana de seu modo de produção capitalista dependente.

A superação da dependência impõe a ruptura com as condições estruturais que alimentam continuamente a reprodução destas relações, e não, como afirmam os teóricos do desenvolvimentismo, pelo aprofundamento das relações capitalistas – via modernização dos traços arcaicos que marcam o chamado subdesenvolvimento (BRETTAS, 2020, p. 96).

Cabe pontuar que a acentuada urbanização ocorrida na segunda metade do século XX foi uma importante transformação e tal transição implicou nas condições devidas para o desenho das políticas sociais brasileiras, particularmente na saúde. Ainda no início do século XX, foram realizadas campanhas sobre saúde pública e iniciou-se os processos de intervenções do Estado brasileiro na área social. No entanto, o cenário autoritário de repressão das classes subalternas dos processos políticos se manteve. Na ótica do capitalismo dependente, ocorreu uma “distribuição desigual e combinada de papéis econômicos em âmbito mundial, numa correlação de forças entre as classes sociais inscritas nacionalmente e perpassadas por suas vinculações com o capital e o trabalho em nível internacional” (BRAGA, 2012, p. 32).

Durante a Primeira República (1889-1930), a partir da centralização e verticalização de ações do governo, estabeleceram-se as bases para um sistema de saúde. É importante frisar que, no início do século XX, a saúde pública foi também chamada a atuar para garantir condições favoráveis à produção capitalista. Houve participação da Fundação Rockefeller em ações sanitárias no Brasil nos anos de 1916 (Febre Amarela) e de 1918 (Gripe Espanhola). Porém, até os anos 1920, essas políticas se resumiam ao campanhismo-sanitarista e atendiam uma economia agroexportadora. Esse período, para o Brasil, representou a primeira crise no modelo econômico de acumulação capitalista centrada no café:

A década de 1920 constitui momentos de crise da sociedade brasileira – crise do padrão exportador capitalista e crise do Estado. A saúde pública cresce como questão social no Brasil juntamente com o capitalismo, mas vai ganhar contornos novos e mais nítidos durante a década de 1920, quando a primeira fase de acumulação capitalista ultrapassava seus próprios limites com o auge da economia cafeeira, refletindo-se numa aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial, nos marcos da crise política da Velha República. (BRAGA; PAULA, 2018, p. 89).

Ainda conforme os autores, com a reforma de 1923 a Lei n. 4.682, conhecida como Lei Elói Chaves, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), foi se constituindo como a base da previdência social brasileira e determinando o desenho

da “política social” no país. Somente os ferroviários, em 1923, e os estivadores e marítimos, em 1926, passam a auferir os benefícios das respectivas CAPs. As demais categorias ingressam como beneficiárias após 1930. Também foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1937, que se estabelece com atribuições federais: o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e do Distrito Federal e o combate às endemias rurais (BRAGA; PAULA, 2018).

Essas primeiras instituições previdenciárias estatais voltadas a trabalhadores privados foram criadas por determinação do governo e utilização de recursos públicos.

No Brasil, a lógica do seguro social estruturou e estabeleceu os critérios de acesso à previdência e à saúde, desde a década de 1920 até a Constituição de 1988. A literatura sobre o assunto é consensual ao observar que foi a partir de então que se deram os primeiros passos para a formação do modelo de seguro social.

Esse período marcou o processo de separação entre a atenção médica preventiva e a de caráter curativo: de um lado, as ações profiláticas de controle de doenças, em especial a vacinação, o controle de vetores e a educação sanitária; de outro, a medicina previdenciária, de caráter curativo, direcionada aos cidadãos vinculados ao mercado de trabalho formal. Essa última, realizada através das

CAPs junto aos trabalhadores urbanos por meio da compra de serviços médicos do setor privado. Nessa estrutura de política de saúde é que as ações de prevenção e tratamento de câncer se desenvolveram no decorrer da história.

Uma pequena parcela da população tinha vínculo empregatício, resultando em acesso e cobertura restritos aos serviços de saúde. As intervenções públicas eram mínimas e havia uma importante atuação de instituições filantrópicas. Neste período, a urbanização, o envelhecimento populacional e os avanços na área de saúde contribuíram para o declínio das doenças infecto-contagiosas e o aumento da prevalência das crônico-degenerativas, entre elas o câncer de mama (MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIERREZ, 2015, p. 276).

A história da especialidade oncológica é emblemática, pois surge a partir do empenho de profissionais da medicina, através de pesquisas desenvolvidas, sobretudo a partir do início do século XX. Nas primeiras décadas do século XX, houve uma tomada de consciência de médicos brasileiros em relação ao câncer, que marcam o surgimento das primeiras iniciativas para incluí-lo na agenda da saúde pública nacional (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p. 376-377). Assim, as primeiras ações acerca da doença no Brasil se deram pelo contato de profissionais, que teria

ocorrido por meio de congressos internacionais do que propriamente em virtude da expressão epidemiológica. Entretanto, esse aspecto contribuiu

para que o câncer se fortalecesse entre os debates acadêmicos, voltados para instituições de pesquisas e periódicos médicos. Até então pouco se conhecia sobre a doença e as formas de terapias e tratamentos eram bastante incipientes, o que mobilizava a categoria médica em relação às iniciativas diante da doença.

A princípio, a cancerologia nasceu vinculada à perspectiva de educação em saúde, acerca da prevenção e do diagnóstico precoce da doença. Durante os anos de 1920, quando o tratamento do câncer era incipiente, surgiram as primeiras iniciativas para incluí-lo na agenda de saúde pública em função de profissionais que participaram de congressos internacionais e começaram a chamar a atenção para os aspectos sociais e clínicos da doença. A criação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES), em 1923, foi um marco no desenvolvimento de ações de saúde pública, ao divulgar preceitos sanitários e avanços científicos. Nesse período, iniciou-se a notificação obrigatória de mortalidade por câncer, além da criação do primeiro hospital especializado no tratamento radiológico de câncer, no ano de 1922 em Belo Horizonte (MG), com destaque também para a criação, em 1937, do Centro de Cancerologia do Distrito Federal (à época, Rio de Janeiro).

Em 1930, com ideias defendidas pelo movimento sanitário da época, e com negociações complicadas entre estados e governo federal, percebe-se uma expansão da área, além do início de ações orientadas por princípios oriundos dessas disputas (LIMA et al., 2005, p. 38-9). A partir dessa década,

também se inicia o processo de “modernização”, com forte industrialização mediada pelo Estado brasileiro sob bases políticas conservadoras.

Os Estados capitalistas assumiram formas “modernas” que significavam em constituírem-se em vetores do desenvolvimento econômico nacional na Era Vargas; “atravessando a década de 1950, com o nacional-desenvolvimentismo; e o período ditatorial militar, mais especificamente entre 1968 e 1975, com o milagre econômico, por meio do binômio desenvolvimento-segurança nacional” (BRAGA, 2012, p. 32).

As políticas sociais surgem no Brasil a partir dos anos 1930 e redefinem o papel do Estado, que se torna interventivo nas expressões da “questão social”, em resposta à reivindicação da classe trabalhadora, no que foi possível observar uma mudança na correlação de forças no interior das classes dominantes.

A crescente mobilização de trabalhadores fez avançar medidas que contemplassem os assalariados urbanos; mas foram medidas sociais isoladas e por meio de setores da classe trabalhadora, que tinham maior poder de pressão política. A lógica do seguro social, comandada pela da acumulação do capital, na particularidade brasileira, estruturou e estabeleceu os critérios de acesso à previdência e à saúde.

Da década de 1920 até a Constituição de 1988, o acesso predominante às políticas de previdência e de saúde era para os contribuintes, pois “a previdência social latino-americana incorporou os princípios da proteção mínima, do risco profissional, da análise

contábil das contribuições- prestações, da capitalização, da arbitragem dos conflitos, da individualização dos procedimentos” (FALEIROS, 2009, p. 127).

Até os anos de 1930, não existia uma política nacional de saúde. Segundo Braga e Paula (2018, p. 97) somente “a partir de 1930 emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação”, momento no qual a primeira intervenção efetiva do Estado se inicia a partir de dois subsectores: a saúde pública e a medicina previdenciária, esta última ligada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Para a população que tinha acesso à saúde pública, as ações se resumiam às campanhas sanitárias coordenadas pelo DNSP. Também houve o desenvolvimento dos setores privado e filantrópico, quanto ao atendimento médico-hospitalar. Em 1938, foi criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), mais restrito quanto aos benefícios. O Instituto destinava seu orçamento para garantir assistência diferenciada e exclusiva ao seu quadro de funcionários.

As ações em saúde sempre foram diferenciadas, segundo as classes sociais existentes na sociedade. Entretanto, no capitalismo dos monopólios, essa diferenciação se acentua, com a criação de instituições médicas voltadas para diferentes “clientelas”, o que se expressa pelo seu caráter “privado” ou estatal (BRAVO, 2013, p. 18). A extensão do cuidado médico, sob a forma de consumo

individual, se efetiva no início do século XX, quando, na maior parte das sociedades capitalistas, desenvolveram-se formas de seguro social como mecanismos institucionalizados pelo Estado (BRAVO, 2013, p. 18). O que se pode notar é que, desde sua constituição, a saúde tem se configurado como uma importante fonte de lucros para o mercado privado.

Braga e Paula (2018, p. 103) nos lembram que “a Revolução de 1930 destrói o excessivo federalismo da Primeira República, dando início a um processo de redução da autonomia dos diversos estados”. Os autores identificam um processo de centralização em destaque no referido ano, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde, composto de dois Departamentos Nacionais, ligados a cada uma de suas áreas de atuação. A perspectiva securitária (seguro social) e uma dicotomia na política de saúde foram expressas funcional e institucionalmente. Houve uma dualidade de posições no período que compreende o governo provisório (1930-34) e o constitucional (1934-37), na qual se destacam:

Os tenentes, apoiados em uma crítica acentuada ao liberalismo, o qual associava à prática política vigente na Primeira República, defendiam um modelo de Estado nitidamente centralizador e intervencionista. Já os setores oligárquicos dissidentes lutavam pelo federalismo como modelo de Estado ideal, interessados em manter a autonomia estadual e restringir a interferência da União (LIMA et al., 2005, p. 39).

Durante a Ditadura Vargas (1930-45), período da República Autoritária, a União legisla sobre normas

fundamentais. O que temos no período é a institucionalização da saúde pública pelo Ministério da Educação e Saúde, enquanto a saúde ocupacional e a Previdência Social compõem o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Houve durante esse governo a implantação de um modelo verticalizado, centralizado e setorizado em relação a essas políticas – período que ficou conhecido como de construção do Estado Nacional e até de extensão da “cidadania”, em um quadro de instabilidade e disputas políticas.

Nesse cenário, podemos inferir que houve uma imposição da medicalização da vida social, tanto na saúde quanto na previdência. Os anos de 1930 e 1943 podem ser caracterizados como os de introdução da política social no Brasil, baseado na lógica do seguro social, momento no qual apenas aqueles que tivessem emprego formal poderiam acessá-las.

Durante o Estado Novo (1937), Getúlio Vargas assinou o Decreto-Lei n.º 378 criando o Centro de Cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro. No ano seguinte, inaugurou o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e, em 1941, o Serviço Nacional de Câncer (SNC), com o objetivo de coordenar as ações em estados e municípios (organização, orientação e controle de campanha de câncer em todo o país). Na literatura acerca da história dessa especialidade, destaca-se o cirurgião cancerologista gaúcho Mário Koeff que, devido à sua proximidade com Getúlio Vargas, viabilizou a criação do SNC, o que viria a ser o alicerce de uma política nacional de controle da

doença. O SNC teve papel importante na elaboração de estudos epidemiológicos na prevenção de câncer e também auxiliava financeira e tecnicamente as unidades de tratamento do país. As estratégias de atuação do SNC também se direcionavam à sociedade civil, em um trabalho de conscientização das elites brasileiras e da população no apoio às ligas, para que fomentassem a criação de novas instituições, com a presença expressiva de diversos hospitais filantrópicos (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

O SNC tinha como principais funções a elaboração de estudos epidemiológicos para a prevenção de câncer e o auxílio financeiro e técnico às unidades locais de tratamento. O Serviço era composto pelo Instituto do Câncer do Distrito Federal (antigo Instituto de Cancerologia) – responsável pelo atendimento aos cancerosos, pelas pesquisas relacionadas à doença e pelo ensino da cancerologia – e pela Seção de Organização e Controle, responsável pela busca de normatização das ações contra o câncer e pela estruturação da rede de instituições locais direcionadas à doença. Embora o SNC tenha sido um pequeno raio de ações em seus primeiros anos, progressivamente a ele se incorporaram diversos hospitais filantrópicos, unidades mantidas por governos estaduais e entidades civis (ligas) de apoio à criação de novas instituições. Esse conjunto viria a compor uma rede denominada Campanha Nacional de Combate ao Câncer, embrião da ação nacional contra a doença (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p. 377).

No período de 1945 a 1960, observa-se a

substituição das importações com o aumento das disparidades regionais, devido ao sudeste se caracterizar como o principal polo econômico nacional. O período também é marcado pela extensão dos benefícios sociais, pois a previdência teve sua base de financiamento centrada na contribuição dos empregados e dos empregadores. A relação capital/trabalho associa as políticas trabalhista, sindical e previdenciária (COHN, 1997). Segundo a autora, um sistema com base no financiamento contributivo e uma expansão de benefícios sociais característico da América Latina ocorrem em períodos autoritários.

Foi nesse momento também em que a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) patrocinou congressos e conferências. Ficou claro, a partir dessa iniciativa, a incorporação de propostas norte-americanas na perspectiva institucional que vinha se consolidando no Brasil. No final da década de 1940, a estrutura estatal do setor se ampliou de maneira centralizadora e com aceno às ações retóricas de atenção à saúde, sem constituir-se como prioridade da agenda política dos governos. Braga e Paula (2018) nos mostram que o caráter secundário da Saúde Pública, com relação às prioridades políticas de gastos do Estado brasileiro, também se evidenciou na criação do Ministério próprio, em 1953.

Por um lado, a separação entre educação e saúde não significou grandes mudanças nas estruturas institucionais, basicamente a centralidade do DNS, nem mudança de ênfase nas populações rurais ou incorporação de novos serviços, ainda que o debate

sobre assistência médica e social estivesse sempre presente. Por outro lado, a grande inovação foi o deslocamento das discussões e do processo decisório para o legislativo e para a esfera política (LIMA et al., 2005, p. 51).

Cabe lembrar que a crise mundial de 1929 havia retardado o desaparecimento dos centros de saúde. No entanto, iniciada a Segunda Guerra Mundial, houve declínio desse modelo e início da hegemonia do modelo assistencial privatista, fortalecido pelas negociações entre patrão e empregado com relação ao acesso aos seguros de saúde. Modelo de saúde hegemonizado pelos Estados Unidos, influenciou muitos países, inclusive o Brasil (MATOS, 2013, p. 64-65).

Essa conformação da política de saúde atrelada à previdência social se expandiu durante o governo Vargas (1930-1945) e também no período da ditadura civil militar (1964-1984), diante de um processo de tomada de decisão e gestão do sistema, realizada sem participação da sociedade civil. De maneira centralizada em grandes burocracias, constituía uma proteção social fragmentada e desigual, que veremos adiante.

O carro-chefe das discussões sobre a temática durante esse período era de que a saúde e, conseqüentemente, as doenças, estavam atreladas à pobreza e ao subdesenvolvimento dos países periféricos. Foi essa a tônica dos pronunciamentos oficiais de presidentes e ministros à época. No entanto, apesar de uma forte parcela populacional rural, sobre a

qual foi centrado o combate a endemias, passou-se a discutir a possibilidade de assistência médica no setor público de saúde, mas em uma perspectiva restrita de saúde pública. Entre 1950 e 1960, houve um forte embate entre as condições de saúde e desenvolvimento econômico, com este último se tornando a principal característica do que se denomina desenvolvimentismo, que tinha na economia a base das determinações de condições de saúde.

Em 1946, com a adoção de um novo conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), passa a utilizar a informação como estratégia de prevenção para obtenção do diagnóstico precoce da doença. A partir daí, o Brasil avança ao considerar as condições ambientais, territoriais e contrastes do país. Essa mudança de foco nas políticas de controle e prevenção de câncer ganha reforço orçamentário a partir de 1951 – em destaque para a inauguração da sede do SNC, o hospital- instituto central do INCA, no ano de 1957 por JK (INCA, 2006).

No pós-guerra, o desenvolvimento de um complexo médico industrial nos países centrais influenciou os processos de diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil, que passou a importar novas técnicas, devido a existência de recursos no âmbito da medicina previdenciária, ocorrendo o surgimento dos grandes “centros de cura” e reforçando o interesse por esses novos equipamentos urbanos.

Entre os anos 1940 e 1950, seriam construídos os grandes e modernos hospitais públicos do país – Hospital dos Servidores do Estado, 1947; Hospital

Geral de Bonsucesso, 1948; Hospital das Clínicas da UFMG, 1955, e o hospital do Instituto Nacional de Câncer, 1957 – ao mesmo tempo em que a filantropia e a iniciativa privada também começavam a implantar centros de maior porte. A partir de então, cada vez mais, a medicina brasileira tornava-se dependente de altos graus de tecnologia e especialização, passando a ter nos hospitais importantes espaços de prática médica e também de realização dos lucros de seu setor privado (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012, p. 82).

O período em questão marca a expansão da medicina de base hospitalar privada, totalmente dependente das descobertas científicas da indústria química e farmacêutica dos centros imperialistas, que possibilitou o desenvolvimento da quimioterapia que se tornou uma importante aliada da medicina para diversos tipos de cânceres. Desenvolveu-se, então, a especialidade oncológica entre os anos 1950 e 1980. Essa área, em especial a terapêutica de câncer, passava a ser um dos principais alvos das grandes corporações da indústria farmacêutica (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012, p. 78).

Nos anos 1946-1964, vigorou o sanitarismo desenvolvimentista, cuja proposta central era a de que o nível de saúde de uma população estava vinculado ao grau de desenvolvimento do país ou região e, portanto, as medidas sanitárias deveriam vir acompanhadas de um amplo processo de desenvolvimento. Davam-se as bases, sob o sanitarismo desenvolvimentista, de um modelo de saúde pública de acordo com as necessidades do país: que previa ampla cobertura e

¹ Conforme registro em livro-ata

atuação horizontal, com base na municipalização dos serviços, com ações de coordenação do governo federal. O sanitarismo desenvolvimentista teve forte influência no governo de JK (1955-1960), que investiu no controle das endemias, como a malária, a varíola e a febre amarela, através da criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). Assim, as endemias eram consideradas entraves para o desenvolvimento do país e necessitavam ser superadas “por meio de uma ação planejadora que encaminhasse soluções para os problemas das questões relativas à pobreza e consequentemente à saúde” (TEIXEIRA; FONSECA, 2007, p. 84-6).

Essa visão influenciou as instituições criadas pelos cancerologistas da época, que também estavam vinculados ao sanitarismo desenvolvimentista. No caso do câncer, o seu controle perpassava pela construção de uma política com forte apoio estatal, na orientação, na supervisão das ações da iniciativa privada e também na suplementação com recursos estatais a essas instituições. A área da oncologia nasce fortemente imbricada com o setor privado e filantrópico, em uma relação de parceria público-privada. Outro aspecto na criação dessas instituições se refere ao fato de que o governo federal arcava com o financiamento e esses setores, em alguns casos, poderiam atuar na estrutura do próprio Estado. No governo de JK, foi destinado maiores recursos ao SNC, que possibilitou a ampliação do fundo público destinado às instituições filantrópicas e privadas, com a previsão de aumentos dos gastos com a medicina hospitalar, através da aprovação da Lei

Orgânica da Previdência Social. (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Apesar da crescente mobilização em torno do tema, a política de controle de câncer estava aquém de suprir a demanda nacional, tanto em relação à prevenção quanto ao tratamento da doença. Essas ações estavam restritas aos grandes centros urbanos, bem como era dramática a ausência de leitos hospitalares em diversas regiões. O tratamento era centralizado em hospitais específicos destinados aos cancerosos, que se fazia por meio de instituições privadas ou filantrópicas que se vinculavam ao SNC.

O período de 1946-1964 foi marcado por uma forte disputa de projetos e pela intensificação da luta de classes. A política de saúde formulada era organizada em dois eixos: o da saúde pública, predominante até meados de 1960 e centralizada em mínimas condições sanitárias para as populações urbanas e rurais; e o de medicina previdenciária a partir de 1966 (BRAVO, 2008, p. 91).

De um lado, o projeto nacional-desenvolvimentista articulado em torno das reformas de base e, de outro, o projeto de desenvolvimento vinculado aos interesses do capital estrangeiro (PAULO NETTO, 2014; BRAVO, 2011). O Golpe Militar de 1º de abril de 1964 significou a derrota do projeto do campo progressista que não colocava em xeque, imediatamente, a ordem capitalista, mas a modalidade específica de desenvolvimento que o país havia tomado (PAULO NETTO, 2014, p. 77). Em consequência, a construção de uma política de saúde

mais abrangente foi interrompida. A perspectiva dos médicos cancerologistas vinculados ao sanitarismo desenvolvimentista era de que o câncer deveria ser visto como um problema de saúde pública, seu controle se daria mediante uma pauta coordenada de ações no campo da prevenção, da educação em saúde, do diagnóstico e do tratamento. Essa maneira de compreender o câncer, bem como o papel do Estado, fora abafado com o golpe (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p. 377-378).

A partir dos eventos políticos de 1964, o Estado brasileiro caminha em direção institucional centralizadora e mobilizadora de recursos. A situação econômica financeira do sistema previdenciário sofre com a crise no fim dos anos de 1950, que se estendeu até 1966. A partir daí, um movimento de integração entre Estado, empresas de serviços médicos e industriais foi iniciado, o que permitiu uma crescente acumulação de capital nesse período.

2.2 A expansão do setor de saúde privado durante a ditadura civil-militar (1964- 1985)

O projeto para a saúde no período da ditadura civil-militar no Brasil (1964-1985) se deu pela via da expansão do setor privado, financiado e impulsionado pelo Estado. Para caracterizar esse período que deixou marcas profundas na cultura brasileira, sobretudo na política de saúde, é necessário trazer as transformações ocorridas após o golpe de 1964. Cabe ressaltar que a emergência das ditaduras na América Latina se deu em

um cenário internacional de profundas transformações na economia capitalista mundial que foram decisivas para algumas economias regionais. Esse momento implicou a passagem da industrialização de substituição de importações à nova etapa da industrialização pesada, que exigiu uma rearticulação entre o Estado, o capital privado nacional e o capital estrangeiro.

Francisco de Oliveira (1975), ao analisar os anos 1950, observa que foi um período de intensas contradições: o aprofundamento da divisão social do trabalho na direção da industrialização; desesperado esforço de acumulação da economia nacional; “a acumulação prévia no Brasil não era muito significativa em termos de uma acumulação que se cristalizasse na máquina, que se expressasse no consumo do trabalho vivo pelo trabalho morto” (OLIVEIRA, 1975, p. 116). Nesse processo, emergem “duas forças novas, novas em sua qualidade; essas duas forças vão ser o Estado de um lado, e de outro o capital estrangeiro” (OLIVEIRA, 1975, p. 117). Assim, a passagem dos anos 1950 e 1960 foi decisiva para a economia capitalista brasileira, exigindo uma nova articulação entre Estado, capital nacional e estrangeiro. Para Oliveira (1975, p. 118):

A tentativa de fazer o “milagre” levou à articulação de interesses entre essas três formas de capital, que na verdade solda os interesses das empresas estatais com os interesses do capital estrangeiro, mais que com os interesses da burguesia nacional; solda-os contraditoriamente, por certo. Esta solda levou,

contraditoriamente, o capital privado nacional à posição subalterna, não por qualquer “conspiração”, mas pela dialética, emanada tanto das próprias necessidades materiais de acumulação – aço, petróleo, etc. – quanto pela escala dessas necessidades. O Estado poderia transferir recursos ao capital nacional? Abstratamente sim; concretamente não. Pois essa transferência significaria atomização, que não responderia eficazmente à simultaneidade dos processos de acumulação e centralização do capital. E assim é que o Estado, mesmo que assuma diretamente o papel produtivo, tendo agora interesses específicos na expansão dessas atividades nas quais está ligado ao capital estrangeiro, fica impossibilitado de elaborar uma nova relação com as classes sociais subordinadas. Porque essa expansão requereu precisamente um corte para excluir as classes subordinadas, seja para aumentar a exploração, seja para direcionar os recursos do Estado para sustentar e ampliar a exploração. De outro lado, para que a acumulação das empresas estatais seja tão vigorosa, é importante para as empresas estatais manterem os salários baixos, como isso é importante para a reprodução do capital estrangeiro e do próprio capital da burguesia nacional. (OLIVEIRA, 1975, p. 118).

A ditadura brasileira se inscreveu em um cenário internacional que se apresentou a partir de uma sucessão de golpes de Estado patrocinados no decorrer dos anos 1960 pelos centros imperialistas, com protagonismo importante dos Estados Unidos. As ditaduras foram uma estratégia de contrarrevolução

preventiva, nos termos de Florestan Fernandes, para conter os movimentos de libertação nacional e social que se configuravam até então (PAULO NETTO, 2008; BRAVO, 2011).

José Paulo Netto (2014, p. 25), em *A Pequena História da Ditadura Brasileira*, nos mostra que o Brasil dos anos 1960 era muito diferente do que é hoje: a população rural ainda era predominante (53,7%); nenhuma grande cidade brasileira (exceto São Paulo) possuía mais que 1 milhão de habitantes. Em termos de crescimento econômico, o país experimentava um ritmo acelerado de industrialização – a chamada industrialização substitutiva de importações – em que a renda do setor industrial já superava a da agricultura. Segundo Paulo Netto (2014, p. 25), “nos anos 1950/60, o país experimentara um ciclo de crescimento econômico a uma taxa média anual de 7,38%”. Com destaque para o Plano de Metas do governo Juscelino Kubitschek (1956-1961), devido à intensificação do ingresso de capitais estrangeiros que se espalhou para a indústria pesada, em que o PIB passou de 20% para 29% e, concomitantemente, houve uma aceleração da urbanização devido ao êxodo rural.

Contudo, o início dos anos 1960 atestaram um quadro de crise em função do baixo crescimento do PIB: “se, em 1961, a taxa foi de 10,3%, em 1962 ela caiu pela metade: 5,3%; em 1963, registrou-se o menor crescimento da década: 1,5%; em 1964, recuperou-se para medíocres 2,9%” (PAULO NETTO, 2014, p. 40). De acordo com Netto (2014, p. 41), sobre a causalidade dessa crise não há consenso entre os

analistas, mas a abordagem mais convincente gira em torno do esgotamento da fase de expansão da industrialização brasileira, que se iniciou no pós-segunda guerra, a partir do modelo de substituição por importações, que atingiu seu auge entre 1956-61, momento em que a indústria pesada passa a se alargar.

Esses processos foram acompanhados por uma substantiva politização e de debates em torno das estratégias de desenvolvimento e inserção dos países dependentes no mercado mundial. Entre essas décadas, houve mobilizações realizadas pelo movimento dos camponeses, articulado pela Liga dos Camponeses; pela União Nacional dos Estudantes (UNE); e de operários ligados ao governo Jango, em defesa de melhores salários.

Nesse período, a saúde pública era mínima, centrava nas ações e campanhas de combate às endemias rurais que mobilizavam recursos humanos e financeiros associadas aos projetos e às ideologias de desenvolvimento da época. A partir da segunda metade da década de 1950 (marcada por forte transnacionalização e investimentos estrangeiros), as ações de caráter coletivo realizadas pelo Ministério da Saúde tiveram redução no seu orçamento fiscal. Essas ações não resolveram e nem mesmo mitigavam os graves problemas de saúde da população brasileira.

Nos anos 1960, ocorreu na América Latina uma forte crítica contra os efeitos negativos da medicalização, via programas de medicina comunitária, que ganhou força. Essa década pode ser percebida como a de adoção do sanitarismo

desenvolvimentista, pois adota-se a visão da Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina, hoje Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL):

Conhecida como ‘teoria da dependência’, que preconizava o crescimento econômico por meio de uma industrialização que substituísse as importações (permitindo romper com a dependência de programas de planejamento – setoriais regionais e integrados – que possibilitassem alocar os recursos e orientar as mudanças provocadas. Por se tratar, além disso, de um “modelo circular”, qualquer melhoria nas condições de saúde seria também instrumento de rompimento com a pobreza e a estagnação econômica [...]. (ESCOREL, 1999, p. 25).

Essa perspectiva sanitaria desenvolvimentista, dados os limites das transformações sociais projetadas na particularidade do capitalismo dependente, serviu mais como retórica que propriamente como proposta alternativa ou transformadora, pois sua concepção de saúde parte de uma perspectiva restrita, ancorada na ideia de desenvolvimento econômico capitalista que automaticamente traria o progresso, o rompimento com a pobreza e melhorias na saúde da população.

Os anos que antecederam o Golpe Militar de 1964 foram marcados por disputas políticas intensas. João Goulart chegou à presidência da república devido à renúncia de Jânio Quadros (em 25 de agosto de 1961), em uma conjuntura de situação internacional bastante desfavorável e de crise estrutural da economia brasileira. Entre 1961 e 1964, houve uma crescente

polarização de forças políticas e sociais. No campo progressista, estava em curso um projeto que promovia mudanças e ampliação na participação política dos setores subalternos. Em contraponto, a outra via implicava na manutenção da exclusão das classes subalternas da participação política e as mudanças deveriam ser projetadas no sentido de não afetarem as relações das classes dirigentes com os centros imperialistas. Segundo Paulo Netto (2014, p. 14), “a efervescência democrática em curso, especialmente a partir de 1961 despertou uma vigorosa resposta das forças sociais e organizações políticas que viam sob ameaça os seus interesses e privilégios”.

O golpe significou a derrota do projeto do campo progressista e o que se colocava em xeque era a modalidade específica de desenvolvimento que o país havia tomado (PAULO NETTO, 2014, p. 77). O regime autoritário estava focado em restaurar a ordem e normalizar a economia. As reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos.

Posto isso, foi realizada a implementação das reformas administrativa, tributária, financeira, entre outras (BRAGA; PAULA, 2018). Já nos anos 1950, o aumento na quantidade de segurados com benefícios concedidos pelo IAPs, especialmente pelo IAPI, sinalizou de que forma a assistência médica da Previdência Social seria conduzida após o golpe de 1964. Podemos dizer até que, durante o regime militar, a assistência médica e a previdência social estiveram

imbricadas diante do único propósito de fortalecimento da acumulação capitalista através dos lucros dessa relação. A ditadura militar recebeu amplo apoio dos setores privados da saúde, ocorrendo até mesmo a criação e expansão desses setores, como é o caso da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) criada em 1966, e a Unimed, cooperativa médica de planos de saúde criada em 1973.

O surgimento de entidades como a CMB (1963), FBH (1966), ABRAMGE (1966), Fenaseg (1969) e Unimed (1972), expressa o crescimento e a diversificação das formas de assistência à saúde proporcionadas tanto pelo processo de urbanização-industrialização brasileiro quanto pelo incentivo do aparato estatal ditatorial à iniciativa privada na área (previsto no projeto de expansão gradual da cobertura assistencial à saúde através do INAMPS). Organizadas como entidades associativas, tais organizações passaram a congregiar os principais grupos prestadores de serviços privados de saúde do país, respectivamente: instituições filantrópicas, instituições privadas lucrativas, empresas de medicina de grupo, empresas de segu

Bravo (2011), ao analisar a política de saúde no período da ditadura militar, salienta que a assistência à saúde foi ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, o que chamou de binômio repressão-assistência, cuja a finalidade consistiu em “aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital” (BRAVO, 2011, p. 58). A ditadura tentou

resolver a contradição entre a abrangência na concessão de benefícios e a estreiteza de capitalização, captando recursos para investimentos na área econômica. Faz parte do rol de medidas nesse período:

O processo de unificação das instituições previdenciárias, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); o Sistema Financeiro de Habitação (SFH), para a aquisição de casa própria, que serviu para estimular o mercado imobiliário e incentivar a especulação; os novos mecanismos de poupança compulsória, como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e, posteriormente, o PIS/Pasep (BRAVO, 2011, p. 58).

Essas medidas de unificação da previdência social atendiam a necessidade de intervenção do Estado junto à sociedade, ao mesmo tempo em que excluía os trabalhadores da participação política, principalmente no que tange à Previdência Social. O único papel reservado aos trabalhadores seria o de financiadores. Assim, a criação do INPS em 1966 unificou os antigos IAPs sob a égide da modernização da máquina estatal, que, segundo Bravo (2011, p. 58) tratou-se, sobretudo, de “uma reorientação das relações entre Estado e as classes trabalhadoras”. Nesse bojo, “os programas de saúde e educação se desenvolveram com base no privilegiamento do setor privado, reproduzindo na política social as tendências da nova política econômica implantada” (BRAVO, 2011, p. 58-9). As concepções acerca dos problemas na saúde pública estavam centradas na falta de planejamento, capacidade gerencial e pouca participação do setor

privado da saúde, elementos que justificaram o incremento e desenvolvimento desse setor e a privatização dos serviços. Como características da política de saúde nesse período, pode-se destacar: as endemias ficavam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto que o atendimento médico individual ficava a cargo do setor previdenciário; uma tendência à medicalização tanto na saúde pública quanto no sistema previdenciário; houve um declínio considerável da saúde pública e uma ascensão exponencial da medicina previdenciária (BRAVO, 2011).

A ditadura do grande capital (IANNI, 1981) recebeu amplo apoio dos setores privados da saúde, ocorrendo a criação e a expansão da sua lucratividade nesse período. São exemplos o surgimento da FBH e a Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE), criadas em 1966; e a Unimed, cooperativa médica de planos de saúde, em 1973. Estas organizações foram os principais grupos prestadores de serviços privados de saúde, respectivamente: instituições filantrópicas, instituições privadas lucrativas, empresas de medicina de grupo, empresas de seguros-saúde e cooperativas médicas (BRAGA; PAULA, 2018, p. 63). Nesse momento, a assistência médica e a previdência social estiveram imbricadas, diante do propósito de expandir os lucros através dessa relação.

Em linhas gerais, a saúde no período da ditadura militar se deu por meio do binômio repressão-assistência, cuja finalidade consistiu em “aumentar o

poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital” (BRAVO, 2011, p. 58). As concepções acerca dos problemas da saúde pública estavam centradas na falta de planejamento, capacidade gerencial e pouca participação do setor privado da saúde, elementos que justificaram o incremento e desenvolvimento desse setor e a privatização dos serviços. Como características da política de saúde nesse período, pode-se destacar: acentuação da dualidade entre medicina preventiva e medicina curativa; uma tendência à medicalização tanto na saúde pública quanto no sistema previdenciário; declínio considerável da saúde pública e uma ascensão exponencial da medicina previdenciária.

Como já abordado, em 1966, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) unificou os antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para atender as necessidades de controle sobre a sociedade e garantir a exclusão dos trabalhadores da participação política, principalmente na Previdência Social. A ampliação da cobertura de assistência à saúde aos trabalhadores se deu pela ampliação da prestação de serviços privados, surgindo uma rede complexa de prestação de serviços de saúde, empresas médicas, seguradoras etc (MENICUCCI, 2007; BRAVO, 2011). Essa expansão do setor privado em saúde se capitalizou às custas do fundo público e a atenção oncológica seguiu a tendência do projeto privatista da ditadura militar. Por não ser uma doença

epidêmica ou contagiosa, o câncer, na visão do governo militar, não poderia ser tratado como um problema de saúde pública. Essas concepções restritas de saúde, calcadas no liberalismo econômico e nos interesses do setor privatista da saúde, passaram a postular o câncer como uma questão individual, objeto da medicina hospitalar e privada, redirecionando as ações de saúde para práticas curativas e individuais, na contramão das postulações dos cancerologistas da saúde pública, da medicina comunitária e da atenção primária em saúde que ganhavam terreno nesse período. Assim, a ação estatal em relação ao câncer se deu pela via da compra de serviços privados pelo Estado, por meio da medicina previdenciária.

Em decorrência disso, as ações de saúde pública contra o câncer conviveram com a falta de verba e importantes instituições, como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), sofreram tentativas de privatização. Segundo Teixeira, Porto e Noronha (2012, p. 98), o caráter privatista chegou a tal ponto que, em 1969, o MS moveu esforços para passar o INCA à iniciativa privada, por meio do Plano Nacional de Saúde (PNS/1967) que previa a transferência de órgãos públicos para a iniciativa privada através de concessões e contratos. A resistência dos cancerologistas da época conseguiu barrar a privatização do INCA; contudo, o órgão passou para o Ministério da Educação, foi subordinado à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Fefierj, atual UNIRIO) e a falta de recursos o levou a uma profunda crise. Em relação ao câncer, as ações de

saúde pública foram marcadas pela ampliação das atividades hospitalares privadas e filantrópicas pagas pelos estados, pela ausência de coordenação planejada de ações que integrassem os serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento e pela ênfase na perspectiva curativa em detrimento da preventiva (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Segundo Bahia (2005), a política de assistência à saúde dos governos militares priorizou a contratação de serviços (com financiamento público) à ampliação dos próprios estabelecimentos públicos de saúde. O que permite afirmar que algumas das características das relações entre o público e o privado na saúde – entre as quais a privatização e a legitimação da segmentação das demandas – foram estabelecidas antes do golpe militar, a partir de interesses de grupos capitalistas historicamente constituídos (BAHIA, 2005, p. 420). Portanto, a perspectiva privatista será a forma de expansão da política de saúde no Brasil, baseada no modelo médico previdenciário. O que se percebeu é que a perspectiva “modernizadora” culminou na expansão do setor privado em saúde no Brasil. A partir da década de 1960, configurou-se um sistema dual e teve continuidades até mesmo com a instauração de novas reformas (BAHIA, 2005, p. 412).

Bahia (2005) sinaliza que o afastamento das entidades sindicais das decisões sobre as políticas previdenciárias abriu espaço às relações entre a previdência e os prestadores de serviços e de insumos, que tiveram suas negociatas mediadas por entidades médicas, representantes de empresários hospitalares e

de empresas de planos de saúde.

Da orientação privatizante das políticas de assistência médica emanadas da Previdência Social, derivaram duas vertentes de ação: a convocação de consolidação e criação de empresas de planos de saúde e o financiamento para a compra reforma e construção de hospitais privados [...]. (BAHIA, 2005, p. 423).

Para Menicucci (2007), no período da ditadura militar, a ampliação da cobertura de assistência à saúde aos trabalhadores teve como opção prestadores de serviços privados, ampliando a esfera privada da saúde. Também é possível observar que grupos receberam incentivos para desenvolverem determinados serviços após captarem recursos públicos, constituindo uma rede complexa de prestação de serviços de saúde, empresas médicas e seguradoras, entre outras do ramo. Entre os anos 1960 e 1970, houve forte expansão do setor privado em saúde que se capitalizou às custas da Previdência Social.

As primeiras justificativas para que isso ocorresse giraram em torno do argumento da necessidade de articulação do setor privado com o público para a utilização da capacidade instalada. O resultado foi uma redução da saúde pública, já que no ano de 1967 ocorreu uma ampliação do gasto público com a assistência médica individual a cargo do INPS, que se tornou um grande comprador de serviços médicos e de garantia de um “mercado institucional” através dos seus segurados.

Assim, “o fato de a Previdência Social assumir a assistência médica como uma de suas atribuições não

implicou necessariamente a instalação de uma infraestrutura própria de produção de serviços de saúde” (MENICUCCI, 2007, p. 70). Como se sabe, a medicina previdenciária da ditadura militar, a partir dos anos 1970, já demonstrava suas enormes inadequações à realidade sanitária nacional e dava sinais de esgotamento. Cabe ressaltar que, desde 1970, o capitalismo vivencia uma dura crise estrutural, resultado das contradições intrínsecas a esse sistema, da agudização da contradição entre capital e trabalho, cuja expropriação e exploração da força de trabalho chegam a patamares ignóbeis. Em função dos custos crescentes, a política de saúde desse período sofreu fortes tensões políticas e sociais no processo histórico que desencadeou o fim do milagre econômico da ditadura militar.

Essas tensões estiveram, sobretudo, relacionadas à disponibilidade de recursos financeiros e ampliação de serviços, pontos centrais dos confrontos entre o setor empresarial médico e a emergência do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRS), que já emergia com a crítica ao padrão hospitalocêntrico e privatista. Em função da crise da Previdência Social, a saúde passou a fazer parte do debate da sociedade, com destaque às ações voltadas para o câncer.

No âmbito institucional, não aconteceram grandes mudanças na organização do controle do câncer. Apesar de reformulações, como a criação da Campanha Nacional contra o Câncer, em 1967, e a transformação do Serviço Nacional de Câncer em

Divisão Nacional de Câncer (DNC), em 1970, as ações contra a doença não se ampliaram. Pelo contrário, a contínua crise econômica dos primeiros anos pós-golpe determinara a redução das verbas dirigidas à doença. Tal situação era criticada abertamente pelos cancerologistas que, em 1968, publicaram um manifesto na Revista Brasileira de Cancerologia, pedindo ao governo um novo tratamento para a questão, principalmente no que dizia respeito aos recursos para sua prevenção e tratamento.

É nesse bojo que as ações de prevenção de câncer ganharam mais ênfase em sua capacidade organizativa. Nos anos de 1970, iniciou-se o período de planejamento: chegam ao país os primeiros mamógrafos e surge o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), que inaugurou o início do que se pode chamar de diagnóstico precoce:

Em 1973, no âmbito da Divisão Nacional do Câncer, então dirigida pelo ginecologista paulista Sampaio Góes, foi instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC). O programa tinha como objetivo coordenar as ações referentes ao câncer em âmbito nacional, integrando as atividades do Ministério da Saúde e da Previdência Social. [...]O PNCC deu ênfase aos cânceres ginecológicos, incentivando a criação de campanhas de prevenção do câncer de colo de útero em parceria com secretarias estaduais e entidades filantrópicas. [...] A partir do PNCC, o Ministério da Saúde decidiu incentivar as secretarias estaduais a criarem seus próprios programas preventivos e investiu na melhor qualificação profissional, com a criação de

cursos para a formação de citotécnicos. A partir da década de 1970, as campanhas preventivas assumiram uma posição central no controle do câncer de colo de útero (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p. 378).

Em 1976, houve forte apoio e expansão da privatização dos serviços e empresas de planos de saúde. Por outro lado, a cobertura previdenciária passou a incluir quase todos os trabalhadores. As políticas previdenciárias no período, referentes à classe trabalhadora, não romperam com a natureza privada na prestação desses serviços, mas incentivou a primazia da relação entre público e privado, que também contribuiu para tornar hegemônicas as instituições médicas privatistas sob a orientação das práticas medicalizantes. Houve a legitimação da segmentação por demandas, a partir dos interesses corporativos da medicina curativa, mediada por instituições previdenciárias e empresas de planos de saúde. Implantou-se, portanto, uma estrutura no setor marcada pela medicina previdenciária, levando para um novo contexto a relação entre o Estado e as demandas sociais, em especial as de saúde:

Desde o fim da década de 1960, um número crescente de trabalhadores passou a ser coberto pelos planos de saúde, seja mediante a celebração de contratos individuais, seja pela adesão a contrato empresarial ou associativo. A assistência à saúde se transformou em bem de consumo – um bem de consumo médico – no âmbito do mercado de trabalho brasileiro. O mercado de planos de saúde, entretanto, se distingue dos demais por apresentar uma característica econômica específica: custos crescentes [...] (OCKÉ-REIS, 2010, p. 109)

No início dos anos 1970, algumas tendências relativas à organização do sistema de saúde foram acentuadas: extensão da cobertura previdenciária; reorientação da política e a viabilização de um complexo médico-industrial, com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos. Ao final da década, esse modelo já demonstrava suas enormes inadequações à realidade sanitária nacional, pois “a prática médica dominante, curativa, sofisticada e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbimortalidade no qual persistiam doenças facilmente evitáveis com medidas simples de caráter preventivo” (TEIXEIRA, 2011, p. 26-7).

Segundo Braga e Paula (2018), o reconhecimento da crise no setor saúde no ano de 1976, em decorrência do modelo criado em 1966 pelo INPS, teve como característica fundamental a capitalização da medicina. A transferência de recursos para a assistência privada foi feita mediante os convênios-empresas e contratos com hospitais e clínicas pelo Instituto. Vale lembrar que em 1966 já havia orientação no sentido de capitalização e privatização da assistência médica. Entretanto, o apogeu do processo de privatização ocorreu na década de 1970, no interior do orçamento da Previdência Social, com gastos em assistência médica. É nesse contexto que o movimento sanitário emerge como crítica fundamental do complexo médico-previdenciário, além de colocar no debate público sua interpretação da crise, assim como apresentar uma proposta política para saúde pública.

Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados. A responsabilidade pela oferta da atenção à saúde era estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas, que ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais, organizados em sindicatos de seus interesses (sem condição salarial) até o ano de 1970, até quando se mantiveram descobertos do sistema previdenciário. Com relação ao detalhamento das políticas de privatização, a assistência médica da Previdência Social esteve à margem dessas políticas: “trabalhadores rurais, o que exigiu a convocação das Santas Casas e a extensão do credenciamento dos serviços privados do restante dos segurados e beneficiários e os convênios com instituições públicas” (BAHIA, 2005, p. 424).

No Brasil, um significativo crescimento econômico foi realizado às custas do endividamento externo e superaquecimento da economia. Em virtude do que foi mencionado, vale frisar que, no período de 1974 a 1979, as contradições no Sistema Nacional de Saúde (SNS) prevaleceram. O Ministério da Saúde teve o desafio de aumentar a participação nas dotações orçamentárias da União e o sistema tributário brasileiro sempre esteve em favor do capital. Reconhecendo a crise no setor, em 1977, uma reforma foi anunciada com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que tinha o objetivo de reorganizar e racionalizar os gastos. Nesse mesmo ano, foi criado o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que assumiu a

coordenação de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social. Com poder de gasto, o instituto seguiu a estagnação do MS observada nos dez anos anteriores, pois a demanda de interesses políticos e privados era suprir a medicina previdenciária.

Portanto, havia tendência privatizante na área hospitalar e ambulatorial desde esse período (BRAGA; PAULA, 2018).

2.3 A transição democrática e o Movimento de Reforma Sanitária (MRS)

A partir de 1974, sinaliza-se para o fim do “milagre econômico” da ditadura militar e a ampliação em torno do debate sobre a saúde pública se dinamiza com as transferências financeiras do Ministério da Saúde (MS) aos estados. Segundo Bravo (2011, p. 63), os efeitos dessa crise irão permitir o reaparecimento de forças sociais contrárias a ditadura, dentre elas: o sindicalismo operário ligado às categorias de estratos médios, entidades ligadas a categorias profissionais, bem como movimentos sociais urbanos.

Sobre esse cenário, Cohn (1997, p. 231) analisa que, entre os anos de 1964 e 1975, se consolidou um desenvolvimentismo sem democracia; a partir de então se inicia um processo de transição democrática. Isso se deve ao fato de que o regime autoritário, entre 1968 e 1975, sustentou o milagre por meio da inserção da economia ao mercado mundial, sob uma crescente exclusão, “com base em investimentos no setor de bens

de capital, grande presença do capital financeiro e crescentes empréstimos internacionais” (COHN, 1997, p. 231).

Os conflitos se acirram em torno de propostas pensadas para a política nacional de saúde, entre entidades empresariais e o movimento sanitário. Portanto, é no período do regime militar que os interesses do setor privado e do projeto de reforma sanitária se reorganizam e se confrontam. É importante perceber que sempre houve disputas entre as forças políticas e econômicas na produção dessa política. Assim, “como principal financiador da acumulação de capital no setor saúde, a Previdência Social está presa à sua própria trama, estão cristalizados mecanismos de pressão dos setores privados que tornam muito caras as ações da medicina previdenciária” (BRAGA; PAULA, 2018, p. 166).

Em função dos custos crescentes da medicina previdenciária, a política de saúde sofre fortes tensões políticas e sociais no processo histórico que desencadeou o fim do milagre econômico da ditadura militar. Essas tensões estiveram, sobretudo, relacionadas à disponibilidade de recursos financeiros e à ampliação de serviços, pontos centrais dos confrontos entre o setor empresarial médico e a emergência do MRS que defendia um processo de ruptura com o padrão hospitalocêntrico e privatista, um projeto para a saúde com base no direito universal à saúde a partir da unificação do sistema (BRAGA, 2012, p. 48).

Como se sabe, o período militar intensificou o

empresariamento da assistência à saúde no Brasil, de modo que a luta pelo direito à saúde se delineou de forma intensa e conflituosa, pois, historicamente, a saúde foi moldada no Brasil enquanto política associada aos interesses do setor privado de saúde. Um ponto de tensão desses processos se deu, conforme Bravo (2011, p. 76), a partir das reformas realizadas na Política Nacional de Saúde (PNS), entre 1974 a 1979. Essas alterações se fizeram mediante a exclusão da participação ativa dos trabalhadores, que exerceram grande poder de pressão em um momento de ressurgimento dos movimentos sociais.

Cabe destacar a participação de alguns profissionais de saúde que reagiram no sentido de pressionar por modificações no sistema, marcado pela “dicotomia das ações estatais, predominância do setor privado, ênfase no atendimento hospitalar e corrupção”; esses movimentos sociais “enfrentaram embates constantes com os interesses empresariais e industriais que eram hegemônicos nas definições da política de saúde, tendo como um dos articuladores a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que congregava os interesses do setor privado” (BRAVO, 2011, p. 76).

No governo Geisel (1974-1979), há uma ampliação da transferência de recursos públicos aos prestadores privados, mediante a implantação do Programa de Pronta Ação (PPA) que realizou uma normalização da assistência médica previdenciária, estabelecendo um conjunto de ações médicas para organização do funcionamento do complexo. Esse

programa foi amplamente utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas com seus altos custos decorrentes do superfaturamento, através do pagamento de US, que colocou em risco o sistema previdenciário e o levou a crise. Foi a partir de 1974 que se acelerou os contratos de prestação de serviços privados. Segundo Menicucci (2007, p. 93), consistiu em:

Uma expressão inequívoca da direção política de saúde que indicava a universalização da cobertura assistencial, alicerçada na compra de serviços privados e com restrição dos serviços estatais às áreas de menor interesse empresarial: ambulatórios para atenção primária e hospitais de maior complexidade tecnológica e maior custo (MENICUCCI, 2007, p. 93).

Para Bravo (2011) e Matos (2013), houve um processo de distensão política no governo Geisel (1974-1979), por meio da tentativa de melhorar índices sociais, em resposta às demandas por democratização da sociedade civil – e também como uma estratégia de sobrevivência do autoritarismo burocrático e do seu respectivo modelo econômico. Como exemplos de mudanças no aparato institucional, durante essa distensão política, temos a criação de planos de desenvolvimento, a separação da medicina previdenciária e a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que assumiu as atribuições até então do Ministério do Trabalho.

É importante observar que a política de saúde sofreu tensões diante das transformações sociais da sociedade brasileira após o golpe de 1964, tendo como

marcos o processo de distensão política que se iniciou em 1974 com o governo Geisel, perpassando pela abertura política com o governo Figueiredo e a transição democrática do governo Sarney. Todos esses momentos da conjuntura econômica e política brasileira foram decisivos para a saúde, com alterações significativas em relação à política estatal e às lutas sociais (BRAVO, 2011, p. 53).

Como expressão das mudanças na política de saúde, no ano de 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), por meio da Lei n.º 6.439 /1977, que, de acordo com Escorel (1999), relegou ao Ministério da Saúde um papel secundário, legalizado e institucionalizado, pois a Previdência Social, na prática, já exercia uma total independência em relação à assistência em saúde.

Como o novo desenho institucional que instituiu o SINPAS, houve mudanças com relação a atribuições. Ao INPS ficou apenas a competência para a concessão de benefícios; às duas novas instituições, ficaram parte das funções outrora exercidas pelo referente; ao INAMPS, a assistência médica aos segurados; e ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), a gestão financeira.

Já em 1975, o orçamento destinado ao Ministério da Previdência Social era 16 vezes maior que o do Ministério da Saúde. Essa “predominância financeira e, conseqüentemente, política e organizacional, determinou que o modelo assistencial preconizado pela Previdência Social fosse o modelo

hegemônico sustentado pela aliança dos empresários do setor saúde com a burocracia previdenciária” (SCOREL, 1999, p. 60). A estratégia de distensão política de Geisel propiciou que o movimento sanitário apresentasse propostas transformadoras, no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais pobres (SCOREL et al., 2005, p. 67). De acordo com Scorel (1999, p. 187-8):

O movimento sanitário configura-se em sua singularidade por ter construído sua organicidade através da identidade do discurso e da criação de modelos alternativos; ter ampliado seu campo de ação, superando os limites do mundo acadêmico e penetrando na prática dos serviços; ter-se radicado na sociedade civil como movimento opositor ao regime; ter incorporado a prática política rejeitando a neutralidade técnica; ter conscientemente constituído uma força contra-hegemônica nas instituições setoriais utilizando a estratégia de ‘ocupação de espaços’; ter tido um pensamento estratégico, procurando uma ampliação nos espaços de poder de viabilizar suas propostas de transformação (SCOREL, 1999, p. 187-8).

Outro aspecto a destacar é que o governo Geisel priorizou projetos que canalizassem recursos para políticas sociais que legitimassem seu monopólio de poder. “No entanto, não tinha quadros para ocupar todos os espaços abertos e terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônico, ao dominante em seu interior” (SCOREL, 1999, p. 42-43).

O ápice foi em 1979, em que sujeitos do movimento sanitário penetraram nos aparelhos do Estado para implementar estratégias que mudassem a direção da política de saúde e o setor público. Até 1982, o movimento ampliou sua organicidade, alianças e contatos. Entre as estratégias, estavam a atuação no âmbito do parlamento e “trabalhar para a eleição de deputados estaduais, prefeitos e vereadores que tinham à saúde em suas plataformas eleitorais”. (MENICUCCI, 2007, p. 173). No contexto da crise da Previdência Social, o debate sobre a saúde concentrava-se entre duas posições antagônicas: nas críticas e nas defesas dos serviços privados. O movimento exaltava sua crítica contra o crescimento do mercado com o financiamento público.

Desde sua origem, nos ‘anos Geisel’, o movimento sanitário vem transformando os conceitos, incorporando a política à análise e à prática da saúde, lutando pela modificação do panorama de atendimento e pela melhoria das condições de saúde da população brasileira (SCOREL, 1999, p.14-5).

Nos primeiros anos, a ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde no quais profissionais críticos lutavam silenciosamente em uma arena na contramão dos interesses do regime autoritário (SCOREL et al., 2005). Nessa perspectiva, o movimento sanitário se engajou na luta contra o governo militar junto aos movimentos sociais no país. Com relação à sua formação teórica,

Até 1975, o esforço realizado pela Academia foi o de incorporar criticamente as ciências sociais à análise das questões de saúde, rejeitando a ideia do equilíbrio universal do funcionalismo, a neutralidade da ciência do positivismo e assumindo a sociedade composta por classes em conflito e luta. Assim, até desenvolveu-se esse processo, que consideramos ‘as bases universitárias’ do movimento sanitário e que resultou na construção de uma teoria social da saúde (SCOREL, 1999, p. 111).

Ainda sobre o contexto da distensão política iniciado com Geisel, é preciso ressaltar que se tratou de uma tentativa de recuperar mediações que legitimassem a ditadura, institucionalizando formas de conter pressões populares e informações às classes populares e até mesmo à burguesia insatisfeita; portanto, essa distensão foi “lenta, gradual e segura”:

O cenário da distensão ativado pela necessária busca de legitimação de um governo que, em um país saído de um pseudo-milagre econômico, não tinha condições de operacionalizar a manutenção do sonho do ‘Brasil Grande’ exposto no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) e vinha sofrendo críticas mesmo de setores que até então faziam parte da aliança burguesia/tecnocracia militar, tudo isso em um panorama internacional caracterizado pela crise do petróleo (SCOREL, 1999, p. 32).

Esse cenário foi agravado no período do governo Figueiredo (1979-1985), ocorrendo um aprofundamento da crise econômica entre os anos de 1980 e 1981, marcado por um acentuado corte

orçamentário, que levou o Brasil ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e à não continuidade do gasto estatal no campo social, seguindo as exigências externas de cortes no orçamento público. A não formulação de uma Política Nacional de Saúde sob coordenação efetiva do Ministério da Saúde não fortaleceu o setor saúde e as demandas sociais, acirrando ainda mais as contradições e conflitos marcados pelos interesses capitalistas e por lutas pela democratização da saúde (BRAVO, 2011). Em 1981, a crise financeira da Previdência Social chegou a seu ápice. Em 1982, houve uma forte discussão com relação à consolidação de um Estado de segurança nacional; em 1983, sobre eleições diretas para presidente, com forte atuação do movimento sanitário pela estratégia de ocupar as instituições. Em relação à política de saúde nesse período, em 1984, “a direção geral do INAMPS passou a praticar uma política de favorecimento à iniciativa privada, através do uso de expedientes fraudulentos no sistema AIH, aumento nos valores das tabelas de remuneração e claras alianças da tecnoburocracia com a área hospitalar privada” (ESCOREL et al., 2005, p. 76).

No governo Sarney (1985-1989), a forte inflação, o arrocho salarial, o retorno ao FMI e a crise política se tornaram fatores que dificultaram a manutenção de alianças que sustentavam a governança. Nesse período, foram reduzidos programas de habitação e também sucateada a frágil política de saúde, controlando as verbas da educação e distribuindo cargos para se manter no poder. O

processo que levou o fim da ditadura militar se deu por uma transição negociada em 1985, pelos militares, que levou à eleição indireta de Tancredo Neves.

Cabe nos determos, aqui, que entre o final dos anos 1970 e o início dos 1980 será momento decisivo para o Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Paim et al. (2011, p. 18) analisam que a extensão da cobertura da Previdência associada a um mercado de saúde com base em pagamentos para o setor privado (fee for service) foram elementos que “geraram uma crise de financiamento na previdência social, que, associada à recessão econômica da década de 1980, alimentou os anseios pela reforma”. Os embates políticos entre a segunda metade dos anos de 1970 até meados da década seguinte se intensificaram com a chamada “crise do sistema de proteção social” que, segundo Cohn (1997), foi provocada pelo fim do milagre econômico: “a pressão das dívidas externa e pública, as exigências do Fundo Monetário Internacional, a recessão econômica e a pressão inflacionária, associados aos altos custos da assistência médica previdenciária, provocam o colapso do sistema” (COHN, 1997, p. 232).

Esses embates foram trazidos pelos sujeitos do Movimento de Reforma Sanitária, representados pelos movimentos de estudantes, médicos residentes e professores universitários, em meados dos anos 1980. Foram os embates e lutas políticas desse período que resultaram na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que traremos adiante. A política de saúde vinculada ao sistema previdenciário não abrangia a

totalidade da população e o acesso ao atendimento estava vinculado àqueles que tivessem “carteirinha” do INPS. Populações indígenas, por exemplo, dependiam do que se pode chamar de “caridade”. O acesso ao aparato estatal da saúde dependia de alianças com o movimento sindical e excluía os trabalhadores rurais e não regulamentados. O comércio de planos de saúde individuais foi intensificado pelas cooperativas médicas, medicina de grupo e seguradoras para população de alta renda.

Os anos 1980 foram marcados por fortes mudanças na atenção oncológica, que caminhava juntamente com o processo de abertura política e redemocratização do país. Nesse cenário, o PNCC perdeu uma importante fonte de recursos que inviabilizou a continuidade do programa, o que revelou a insuficiência do modelo proposto. Assim, “a forte interferência militar, limitaram a participação social nas decisões políticas, gerando conflitos internos, pouca oferta de recursos e descontinuidade das ações públicas em saúde” (MARQUES; FIGUEIREDO, GUTIÉRREZ; 2015, p. 276).

O setor privado de saúde se encontrava consolidado e com uma expansão significativa, que contou, historicamente, com o aporte de financiamento público. As formas de aporte de recursos são através de renúncias tributárias, compras de serviços privados e transferências para OS. Exemplos: renúncias fiscais

são dedução dos gastos com planos de saúde, no imposto de renda e concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico farmacêutica; renúncias tributárias como desonerações fiscais; deduções do Imposto de Renda das despesas com Planos Privados de Saúde e/ou com despesas particulares com médicos, hospitais e exames; compra de serviços médicos privados, compra de serviços (pagamento de planos como salário indireto pelos empregadores); e recursos repassados por meio do contrato de gestão com organizações sociais.

Entretanto, a má qualidade desses serviços e o forte tensionamento das empresas viabilizaram o acesso de camadas da população a esse sistema. O debate passou a girar em torno de uma reforma para a área, sendo também uma proposta de Estado. Foi a partir de então que a saúde se abre para um forte debate na sociedade brasileira; porém, em alguns momentos, tratava-se de uma estratégia de “lançar as bases da política de saúde para o governo de transição, mostrando as inquietações e proposições a respeito da realidade sanitária brasileira” (BRAVO, 2011, p. 105).

O MRS passou a exercer efetivo protagonismo político em defesa da universalização das políticas sociais e da garantia dos direitos sociais relativos à saúde. Ressalta-se como bandeira de luta desse movimento uma concepção ampliada de saúde com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, consonante com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização,

participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010).

A reforma sanitária desalojou os representantes dos interesses privados, ao menos parcialmente, de lugares estratégicos no aparelho de Estado, e foi desenvolvido em um contexto marcado por resistência social e política ao regime autoritário, em meados da década de 1970. Segundo Escorel (1999), o MRS se constituiu enquanto movimento coletivo e organicamente ligado às classes populares e à proposta de melhoria de suas condições sanitárias, que surge como uma proposta de reformulação da política de saúde como uma efetiva reforma. Entretanto, em sua conformação, falava de uma classe operária que não aparecia no cenário político, nem geral e nem setorial, sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática feita para ela, no lugar dela (ESCOREL, 1999).

Segundo Teixeira (2011, p. 41-42), no Brasil, a Reforma Sanitária inseriu-se em um processo de construção democrática ao propor o deslocamento efetivo de poder de um setor específico à formulação de propostas contra hegemônicas, por intermédio da organização de uma aliança entre as forças sociais comprometidas com a transformação. Para Teixeira (2011, p. 39), a Reforma Sanitária:

Refere-se a 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 de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 2011, p. 39).

O MRS foi contra hegemônico no sentido de envolver intelectuais, profissionais do sistema de saúde, parcela da burocracia, organizações populares e sindicais em torno da luta pelo direito universal à saúde que encontraram seus limites nas características da transição conservadora (TEIXEIRA, 2011). Esse movimento enfatizou a redefinição das políticas sociais, particularmente no campo da saúde. Para Escorel (2011), pode ser considerado um intelectual orgânico das classes trabalhadoras no campo das lutas de saúde, suprapartidário e formado por um projeto de linguagem simples.

Para Teixeira e Mendonça (2011, p. 206), trata-se de um movimento “claramente vinculado ao conjunto de forças que se organizava progressivamente em uma coalização democratizante, preservando sempre seu caráter suprapartidário e policlassista, condição essencial para manutenção da unidade política”. Contudo, a fragilidade do MRS se dá em função de constituir-se num movimento muito vinculado aos intelectuais e à academia, como também se acreditou que seria possível alargar os direitos à saúde por dentro do aparelho do Estado. Merece destaque o protagonismo do Centro Brasileiro de

Estudos de Saúde (CEBES), surgido em 1976, criado em sua maioria por profissionais médicos do curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e também dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP). Foram responsáveis por reestruturar movimentos sociais no período, por intermédio de uma organização nacional do processo de divulgação/discussão/politização da proposta de reorganizar o Sistema de Saúde.

Utilizou como ferramenta para esse fim a revista Saúde em Debate como seu canal de divulgação da proposta. O CEBES torna-se um núcleo de aglutinação política enquanto consultoria técnica. Em 1979, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) passa a ocupar a organização acadêmica, como crítica ao modelo assistencial vigente. Para Teixeira e Mendonça (2011, p. 210), as estratégias do MRS foram marcadas por três direcionamentos: “a politização da questão da saúde visando aprofundar e difundir uma nova consciência sanitária; a alteração da norma legal necessária à criação do sistema único universal de saúde, a mudança do arcabouço e das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos”.

Nesse sentido, os sujeitos da reforma sanitária estiveram em constante contradição e atuaram na constituinte para negociarem com parlamentares na Comissão de Seguridade Social; dentre eles, parcela de tecnocratas. O MRS exerceu forte pressão junto aos parlamentares para a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, que só ocorreu dois anos depois da

promulgação da Constituição e em duas etapas (Lei n.º 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), demonstrando o embate político necessário para tornar o SUS realidade (MENICUCCI, 2007, p. 198).

Ao movimento sanitário é atribuída a liderança política e intelectual da reforma, no interior do qual foi construída uma proposta alternativa para a política de saúde. De origem acadêmica, esse movimento se articulou com outros segmentos sociais e governamentais, entre os primeiros destacando-se a categoria dos médicos e o ‘movimento popular em saúde’, que, como vários outros, emergiam ou se fortaleciam na conjuntura de transição democrática. No âmbito governamental, teve o apoio de segmentos burocráticos que questionavam o modelo assistencial vigente e, nos anos 1980, contou com outro ator, que a partir de então teria um papel proeminente: o Movimento Municipalista em Saúde, construído pelos secretários e técnicos municipais de saúde. (MENICUCCI, 2007, p. 170).

Apesar do caráter suprapartidário e policlassista do MRS, uma das maiores contribuições se dedica às concepções ampliadas de saúde, forjadas para fazer frente ao modelo médico medicalizante hegemônico. A sua concepção política defende a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. O debate da universalização da saúde que emergiu do MRS assume uma postura política além da técnica e se articula com movimentos sociais. Como

nos descreve Cunha (2016, p. 49), toda a dinâmica de luta do MRS incorpora em seu processo de constituição inicial intelectuais-militantes, como Sérgio Arouca, e depois passa a “incorporar trabalhadores, artistas, partidos políticos (como o Partido Comunista Brasileiro-PCB e o Partido do Movimento Democrático Brasileiro-PMDB), se fortaleceu no final da década de 1970 e, principalmente, no decorrer da década de 1980”.

Com relação ao MRS, podemos citar, atualmente, três vertentes na luta pela implantação efetiva do direito universal à saúde. Segundo Andreazzi (2018), uma primeira vertente pode ser caracterizada por reforma sanitária flexibilizada que, ao mesmo tempo em que postula o direito universal à saúde, também aceita os interesses do mercado privado de saúde no SUS, incorporando os novos modelos de gestão e parcerias público-privadas. Segundo a autora, na atualidade, os sujeitos que defendem esse projeto compactuam com um controle social extremamente cooptado, pois ficam a reboque das decisões institucionais, que privilegiam, em muitos casos, o setor privado de saúde. Esses processos acontecem de fato em todos os níveis de paridade, frente ao descompasso e passividades dos movimentos sociais. Com relação ao projeto de reforma sanitária flexibilizada, podemos inferir que existem antigos defensores do plano original que passaram a admitir a privatização da saúde, através de novos modelos de gestão, com destaque para as OSs, que abrangem todas as áreas sociais. Um movimento empreendido pelo

setor privatista na política de saúde que teve continuidade nos governos Lula e Dilma.

A segunda vertente mantém o ideário de reforma sanitária a partir dos seus princípios originais. Entretanto, subestimam a violência policial e postulam que o avanço de políticas de saúde a serviço do capital pode ser atribuído, no limite, à insuficiente pressão e organização dos trabalhadores, reativando a possibilidade de transformações por dentro do Estado capitalista.

Outra vertente, derivada do movimento de reforma sanitária, é mais radical e menos ingênua ao compreender que a efetivação do direito universal e a desmercantilização da saúde se dará a partir de uma revolução democrática indispensável à construção do socialismo. Não aceitam a mercantilização da saúde, ao mesmo tempo que inspiram uma nova sociabilidade (ANDREAZZI, 2018).

Também podemos acrescentar uma outra discussão, “as novas modalidades institucionais do SUS”, as quais distinguiram três posições políticas que se contrapõem entre si e se assemelham às vertentes acima citadas. Segundo Nogueira (2010, p. 43), há os que defendem o “SUS público puro”, que rejeitam a criação tanto das OSs quanto das FE; há os defensores do “SUS de gestão pública flexível”, que rejeitam o modelo das OSs e defendem o modelo das FE. “Finalmente, há o grupo do ‘SUS mais efetivo’, composto pelos que apoiam a ideia da modalidade das OS para a expansão e a melhoria da assistência hospitalar à população, mas que, eventualmente,

também defendem a modalidade das FE” (NOGUEIRA, 2010, p. 43). Na história da reforma sanitária brasileira, é possível delinear a formação de quatro tipos principais de militantes, de acordo com Nogueira (2010, p. 29), que consolidaram posições no decorrer dos anos 1990:

1) os docentes, os pesquisadores e os estudantes vinculados às instituições de ensino e pesquisa; 2) os gestores do sistema nas três esferas de governo, com destaque para o ‘movimento municipalista’, liderado pelos gestores municipais; 3) os que atuam em ONGs, nos movimentos populares e nos movimentos de defesa dos direitos dos usuários, por exemplo, as entidades de defesa dos portadores de HIV/AIDS; 4) finalmente, os trabalhadores de saúde do SUS e aqueles que, embora não vinculados diretamente a este sistema, o defendem enquanto política pública. (NOGUEIRA, 2010, p. 29).

No decorrer dos anos 1990, contudo, o projeto privatista, historicamente hegemônico, passa a se articular no âmbito do SUS, com propostas de diretivas focalista e seletiva – com a defesa de um SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, ou seja, serviço público focalizado para aqueles em situação de pobreza. Para aqueles melhores remunerados e que podem pagar, deve haver um serviço privado (plano de saúde), propostas essas em total sintonia com as “recomendações” do Banco Mundial e suas organizações congêneres. O projeto de saúde voltado ao mercado, ou melhor, de reatualização do modelo médico assistencial privatista, se pauta na política de ajuste neoliberal. A universalização do

direito à saúde contida no projeto de reforma sanitária tem sido um dos aspectos que provocam tensão com os formuladores de viés mercantilista, que joga para a sociedade a responsabilidade por assumir os custos da crise, assim como também a refilantropização, ou seja, a desprofissionalização, com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, elementos que aprofundaremos no decorrer do segundo capítulo.

No entanto, o pouco ativismo na saúde e a ausência de atuação orgânica da sociedade civil em suas políticas têm se mostrado em “votação de leis que entregam a gestão pública para Organizações Sociais de Saúde (OSs), Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares” (ANDREAZZI, 2018, p. 142). Nesse contexto, os Conselhos de Saúde atuam numa diretiva institucional e de apoio aos modelos privatizantes de gestão, sem um controle democrático da saúde. Bravo (2011) ressalta como uma das questões que se colocam ao movimento sanitário tornar efetiva a presença da sociedade civil nas políticas de saúde, ou seja, se articular de forma mais orgânica com os diversos setores da sociedade civil.

2.4 A Saúde na Constituição Federal de 1988 e a Seguridade Social

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a partir de 1988, deixou de ser o executor direto e indireto das ações de saúde e

dos recursos financeiros da previdência social, que passaram a ser geridas pelo Ministério da Saúde (MS), em 1985, diante da crise do sistema, e buscou integrar as ações municipais, estaduais e federais. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o marco para essas mudanças, uma espécie de pré-constituente da área, lançando os princípios da Reforma Sanitária. O movimento resultou, primeiramente, na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, no contexto da instalação da Constituinte, a partir de uma proposta da presidência do INAMPS que visava a descentralização, em particular a municipalização dos serviços de saúde e enxugamento da esfera estadual. Esse sistema se tratava de um convênio entre o Instituto e os governos estaduais. Para Teixeira e Mendonça (2011, p. 208):

No plano da alteração das práticas institucionais, com o objetivo de promover a Reforma Sanitária, surgiu a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que aprofunda a política das Ações Integradas de Saúde (AIS), revitalizando-a e ultrapassando seus limites. Apoia-se, essa medida, na organização descentralizada do Sistema de Saúde, com base no setor público executor da política de saúde, comentando suas necessidades de cobertura preferencialmente através de convênios com serviços filantrópicos, segmento a ser privilegiado dentro do setor privado, com contratos regidos pelas normas de direito público [...]. (TEXEIRA; MENDONÇA, 2011, p. 208).

A VIII Conferência Nacional de Saúde

consolidou o MRS brasileiro, que saiu, em parte, fortalecido, um pontapé inicial para uma verdadeira reforma no aparato institucional do setor, sem desconsiderar as polêmicas dessas alterações. Ao longo de 1989, as negociações se concentravam em torno da lei complementar que daria bases operacionais à reforma da saúde. Nesse ano, também ocorreu a fusão do MS e do INAMPS, inaugurando uma nova institucionalidade do sistema de saúde público no país.

A ideia de um sistema de saúde público e universal baseado em direitos de cidadania se forja e se fortalece no Brasil entre os movimentos que lutaram pelo fim do regime militar e o retorno a uma ordem democrática liberal no final dos anos 1970 e nos anos 1980. Nos anos de 1980, apesar da crise econômica e do avanço do neoliberalismo, uma parcela significativa de intelectuais definiu estratégias de ocupação do aparelho do Estado e de redefinição da política de saúde, que foi desmontada pelo grupo conservador de transição à democracia. Em 1988, a situação do país era de aceleração da crise e a passagem ao regime democrático foi mais de continuidade do que de mudança, conforme aponta Florestan Fernandes e outros cientistas políticos (BRAVO, 2011). A transição democrática no Brasil ocorreu de forma negociada e tem a particularidade em bases de negociação e pactos políticos que geraram resultados negativos nos anos seguintes.

Para Faleiros (2009, p. 204), a Constituição se propôs liberal-democrática- universalista; contudo, expressou as contradições da sociedade brasileira que

convive com políticas estatais e de mercado nas áreas que integram a seguridade social inscritas na política de saúde, Previdência e assistência social. Outro aspecto inovador foi o acesso pleno dos trabalhadores à Previdência e o salário mínimo se define como piso básico de benefícios e reajustes vinculados.

No processo constituinte, o que aconteceu é que diversas tendências no interior do MRS convergiram na formulação do SUS, fortalecendo-se nesse período as ideias socialdemocratas, inspiradas no Welfare State de alguns países europeus, responsáveis por avanços consideráveis como a seguridade social e o direito universal à saúde (ANDREAZZI, 2018, p. 124-126). Foi esse movimento de tensionamento da correlação de forças que assegurou o caráter público e universal da política de saúde no Brasil. Todavia, nas disputas por projetos antagônicos, a assistência à saúde foi constitucionalmente liberada à iniciativa privada, através do artigo 199, que avançou em seu domínio e força ao longo dos anos. A expansão do setor privado, baseado no livre mercado e dentro do setor público, tem se dado com o apoio do Estado, favorecendo os interesses do capital (BRAVO, 2018, p. 21-2).

A reforma do setor de saúde no Brasil estava em desacordo com as reformas difundidas pelo mundo naquele momento em que se questionava a manutenção do Estado de Bem-Estar Social. Foi durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987- 1988) que o Movimento da Reforma Sanitária e os seus aliados alinharam as premissas que garantiram a aprovação da reforma – apesar da oposição de um setor privado

poderoso e mobilizado (PAIM et al., 2011). A redemocratização da saúde está diretamente atrelada ao contexto político latino-americano.

A Assembleia Constituinte se transformou numa arena política em que os interesses na saúde se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor [...]. (BRAVO, 2011, p. 115).

Nos anos 1990, a batalha foi travada pelos defensores do SUS com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, pois o governo vetou questões estratégicas, como os critérios de repasses financeiros automáticos e regulares para as esferas descentralizadas e a organização do controle social, por exemplo. Ocorreu, portanto, uma nova mobilização que resultou na aprovação da Lei nº 8.142/1990 e contemplou as questões retiradas. Entretanto, no governo Fernando Collor (1989- 1990), as conquistas na área da saúde foram consideradas “letra morta”, o que mobilizou as forças políticas e sociais do MRS.

[...] Ao se traduzir na redução do gasto público, funcionou como freio objetivo e ideológico à atuação redistributiva do Estado. Particularmente o governo Collor, que assumiu em 1990 como primeiro presidente eleito após o regime autoritário, foi caracterizado por tentativas de desmontar as políticas sociais e pelo

desaparelhamento do Estado, afetando o andamento da reforma sanitária definida no plano legal. (MENICUCCI, 2007, p. 198).

Cabe frisar, nesse tópico, que a Constituição Federal de 1988 marcou a redemocratização do país e trouxe inovações para as políticas sociais brasileiras em meio a acirradas contradições entre direitos sociais e acumulação capitalista. Aspectos como a incorporação de garantias de participação e justiça social foram marcos importantes. Como abordamos, até 1988, inexistiu um padrão de seguridade social no Brasil. Foi a partir de então que “as políticas de previdência, saúde e assistência social foram reorganizadas e reestruturadas com novos princípios e diretrizes” (BOSCHETTI, 2009, p. 8). A Constituição de fato trouxe um caráter inovador ao intencionar um amplo sistema de proteção social; mesmo assim, a lógica do seguro social prevaleceu. Segundo Boschetti (2009), o que se caracterizou foi um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência).

A seguridade social brasileira incorporou princípios do modelo bismarkiano e do modelo beveridgiano, ao restringir a Previdência aos trabalhadores contribuintes, universalizar a saúde e limitar a assistência social a quem dela necessitar. Destarte, “acabou materializando políticas com características próprias e específicas que mais se excluem do que se complementam, fazendo com que, na prática, o conceito de seguridade fique no meio

caminho, entre o seguro e a assistência” (BOSCHETTI, 2009, p. 10). De acordo com Boschetti (2011; 2009), os princípios constitucionais deveriam redirecionar as políticas de saúde, previdência e assistência social com vistas a formar um sistema de proteção que seja amplo, coerente e consistente da lógica social e não da lógica contratual do seguro. Diretrizes constitucionais, como universalidade na cobertura, uniformidade e equivalência dos benefícios, seletividade e distributividade destes, irredutibilidade dos seus valores, equidade no custeio, diversidade no financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração, inscritas no Art. 194 da CF de 1988, não foram totalmente materializadas, e não há um padrão de proteção homogêneo, integrado e articulado.

Após a CF de 1988, as diretrizes das políticas sociais foram atreladas a princípios de contrarreforma administrativa e de gestão pública, como: universalidade da saúde, a seletividade dos benefícios previdenciários, a descentralização da gestão das políticas sociais e a integração e racionalização de diversos programas assistenciais. A adoção de medidas de austeridade e de redimensionamento dos gastos sociais refletiram em contrarreformas, como a mercantilização/privatização e políticas públicas focalizadas/seletivas. Há um processo de forte privatização de serviços públicos, flexibilização do mercado de trabalho, reforço de medidas focalizadas de prestações sociais com a introdução de critérios de elegibilidade (BOSCHETTI, 2012).

Ainda, em relação à política de assistência

social, ocorreram mudanças, em âmbito legal, acerca da concepção de ações assistenciais, que desde sua primazia trazem raízes profundamente clientelistas. Assim, a assistência teve seu primeiro reconhecimento como política pública, sem, contudo, desconsiderar que ao longo de seu processo de implementação, após a constituição de 1988, o viés residual e clientelista se manteve na materialização dos projetos e programas assistenciais.

A seguridade social no Brasil foi historicamente construída com um caráter assistencialista e assistemático, operacionalizada por uma mecânica seletiva, compensatória e clientelista que substitui critérios de universalidade e de reconhecimento dos direitos de cidadania [...] alcançada com as lutas de vários setores de trabalhadores e da sociedade civil organizada, em geral. (SANTOS; MARCONSIN, 2010, p. 183).

A política de saúde ficou estabelecida como direito universal e dever do Estado, financiada pelo orçamento fiscal e não mais pelas contribuições sociais, ficando somente o seguro-saúde na perspectiva contributiva e inserida na política de previdência. Mesmo com a separação das fontes de financiamento, contribuições sociais para a previdência e orçamento fiscal para a saúde e assistência, além da política de Previdência e assistência, não foram contempladas pela universalidade do acesso. A primeira manteve a lógica contributiva; e a segunda, a quem provar sua condição de pobreza. Essas políticas foram reorganizadas e reestruturadas com novos princípios e diretrizes e

passaram a compor o sistema de seguridade social brasileiro. Apesar de ter um caráter inovador, e intencionar um sistema amplo de proteção social, o caso brasileiro acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (Previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e seletivos (assistência) (BOSCHETTI, 2009, p. 8).

No entanto, conforme Santos e Marconsin (2010), logo a seguir à promulgação da Constituição, com o argumento da necessidade de sua regulamentação, ou de “modernização” da sociedade, os diversos governos encaminharam projetos de Lei e Emendas Constitucionais que rebaixaram direitos do trabalho e desfiguraram a seguridade social. Com o novo federalismo fiscal, após 1988, houve transferência de recursos para os estados e municípios. Dessa forma,

[...] a própria configuração institucional da destinação de recursos para o segmento saúde tornou-se fragilizado diante do segmento previdenciário da Seguridade Social e do Executivo Federal, na medida em que não era o arrecadador de nenhuma de suas receitas e não foram definidas vinculações explícitas para a saúde dentre as diversas fontes que compõem o orçamento da seguridade. (MENICUCCI, 2007, p. 210).

Assim, a concepção de seguridade envolve conceitual e potencialmente a desmercadorização dos direitos à saúde e a previdência, por exemplo, e a desfilantropização dos direitos assistenciais (VIANNA,

2015). Segundo a autora, a concretização da política não ocorreu no Brasil porque a regulamentação dos preceitos constitucionais nos anos 1990 se deu em função de setorizar as ações de Previdência, saúde e assistência. Com a consolidação da CF de 1988, é inscrita esta expressão na carta magna e a política social torna-se um conjunto de ações integradas a uma proteção universal, democrática, distributiva e não estigmatizadora. (MONNERAT; SENNA, 2010). Desse modo, a existência de direitos fundamentais sociais, como o direito à saúde, marcou a passagem do constitucionalismo liberal para o constitucionalismo social onde o Estado deixava sua posição omissa para prestar uma ação positiva, como o escopo de efetivar um direito social por meio da elaboração de políticas públicas e prestação de serviços públicos (CUNHA, 2016).

Com relação ao financiamento da saúde, apenas com a Emenda Constitucional 29/2000, foram definidas fontes específicas. A vinculação de recursos orçamentários para a saúde, teoricamente dos três entes da União, só teve constituição legal com a aprovação dessa emenda. É importante frisar que a forma de execução da mesma não sugere nenhum interesse governamental em solucionar o problema de subfinanciamento do SUS, um panorama acompanhado pela ausência de projeto para redução das desigualdades sociais dentre as normas legais de políticas sociais.

É necessário lembrar que o INAMPS foi o gestor dos recursos da saúde mesmo após a

regulamentação de sua Lei Orgânica. Este órgão foi transferido para o MS e somente extinto no ano de 1993. Assim, o Ministério da Previdência suspendeu o repasse dos recursos sobre a folha de pagamento para o custeio das ações de saúde sob alegação de que esse recurso tem destinação para pagamento somente de benefícios previdenciários. Além desse embate, no início dos anos de 1990 também houve forte disputa quanto à *Contribuição sobre o Lucro Líquido* e à *Contribuição do Financiamento Social*, fontes do Orçamento da Seguridade Social.

Após intensos debates entre representantes do governo, movimento sanitário, Central Única dos Trabalhadores (CUT) e membros da sociedade civil, surge a Seguridade no Brasil. Ressalta-se que a principal bandeira de luta desse movimento não foi contemplada em sua integralidade/totalidade nas mesas de debate, pois envolveu interesses corporativistas do capital financeiro defendidos por representantes do governo numa votação não paritária.

Segundo Monnerat e Senna (2010), dois elementos se destacaram no debate da política de saúde: o sistema universal para a saúde, financiado pelo orçamento fiscal e desvinculado do seguro social; e a separação Saúde, Assistência Social e Previdência. A CUT foi a primeira a questionar a assistência à saúde incluída nas verbas da União como um todo. Outros debates se fixaram na pendência em relação ao acesso através da contribuição. Questionou-se, também, a lógica da discriminação positiva, a lógica do seguro social e da cobertura de riscos – e não a perspectiva de

uma proteção ampliada que se constitui em uma das premissas do movimento sanitário. Nessa direção, houve um avanço com relação à separação das fontes de financiamento das políticas de saúde, assistência social e Previdência Social.

Os recursos que compõem as fontes de financiamento da seguridade social desempenham um papel relevante na sustentação da política econômica e social. Desde o ano de 1994, ocorre a captura dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), através do mecanismo de Desvinculação das Receitas da União (DRU),

que são retidos pelo Orçamento Fiscal da União e canalizados para a esfera financeira e geração do superávit primário para pagamento da dívida pública.

O governo FHC (1994-2002) foi um período de obstaculização da seguridade social pública preconizada na Constituição, vista como perdulária e atrasada, apesar das resistências em contrário – por meio das quais ocorreram algumas inovações, a exemplo da experiência dos Conselhos de direitos e de políticas. O Programa Nacional de Publicização criou as Organizações Sociais (OS), entendidas como contratos de gestão, que alteraram a natureza da relação do Estado. Isso continuou após a eleição de Lula, em 2002, e remete ao que podemos denominar nos termos de Behring (2010) como legado de FHC para Lula, no campo da seguridade social, que trataremos mais especificamente no segundo capítulo.

Conforme Boschetti (2009, p. 5), não se pode

compreender a seguridade em sua totalidade sem entender sua relação com a política econômica. A redução dos direitos, a restrição dos espaços de controle social e as contenções dos recursos têm íntima relação com a política econômica, que engole parte significativa do orçamento fiscal, via DRU, da seguridade social.

Não podemos esquecer que a defesa e ampliação de direitos é uma arena de conflitos contínua frente às reformas neoliberais, um embate que requer competência teórica, política e técnica, além de análise crítica da correlação de forças entre classes frente à desigualdade social no Brasil, também quanto à organização da classe trabalhadora. Há fortes disputas por recursos destinados à efetivação da seguridade social no Brasil. “Os governos eleitos democraticamente desde 1989 vêm incentivando gastos privados com previdência, com educação, com planos de saúde e medicamentos, e cada vez mais destinando fundos públicos ao setor privado” (VIANNA, 2015). Para Bahia (2005, p. 408):

[...] a dissidência em torno da concretização de determinadas conquistas plasmadas na Constituição e a consequente depuração dos quadros progressistas que ocupavam os postos-chaves na Previdência Social e na Saúde, ainda no final da década de 1980, foram atribuídas, principalmente, à fragilidade política da base de apoio à Reforma Sanitária. Os movimentos e os partidos políticos que a elaboraram e lutaram por traduzi-la operacionalmente foram derrotados no segundo turno da eleição presidencial de 1989.

(BAHIA, 2005, p. 408).

A partir de então, as políticas sociais passam a ser reconfiguradas, relegando a característica de universalidade; em contrapartida, reforçou-se a perspectiva de focalização das ações do Estado. Este, através das elites político-econômicas do país, tem transferido fundo público para o privado e permanece em um flerte constante com a corrupção, desvio de verbas, austeridade e prioridades na alocação de recursos para o sistema de proteção social. Continuamos, portanto, na defesa dessas conquistas com posicionamento contrário.

O SUS tem se destacado como política social por sua organização federativa – descentralização administrativa e prestação de serviços em todo o território nacional –, de conformação com competência institucional nas três esferas. Destarte, o arcabouço jurídico-institucional preservou práticas institucionalizadas. O preceito constitucional de saúde, como direito de cidadania, e a criação do SUS foram resultados de um movimento que rompeu com as reformas neoliberais de ajuste estrutural defendidas pelo Banco Mundial na década de 1980. Havia, e ainda há, um contexto internacional promovido pelos organismos internacionais como Banco Mundial e o FMI, contrários aos princípios como universalidade e integralidade da atenção à saúde.

Logo, a trajetória do Direito Constitucional à saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, possui algumas particularidades e embates no seu processo de luta/efetivação. Infelizmente, segue o

modelo de “reforma de tipo clássico, de inspiração thatcheriana, que almeja, antes de tudo, a eficiência no uso dos recursos públicos: fazer mais com menos, evitar o desperdício” (NOGUEIRA, 2010, p. 25). Segundo o autor, a fragmentação do SUS em subsistemas de atenção debilita o seu funcionamento. Sendo composto por quatro subsistemas: 1) os hospitais e ambulatorios de alta e média complexidade técnica; 2) as maternidades e pequenos hospitais; 3) os serviços de urgência e emergência (hospitalares e/ou ambulatoriais); 4) os serviços básicos de saúde.

A hegemonia do setor privado não foi efetivamente enfrentada no período de construção do SUS, na perspectiva de superação do modelo privatista que tem o apoio do Estado. A participação da saúde complementar de iniciativa privada no sistema foi um passo fundamental para o seu subfinanciamento e para a medicalização social. Dentre as dificuldades encontradas para a efetivação da política pública de saúde, estão: a desigualdade de acesso aos serviços; falta de práticas baseadas na integralidade; falta de equidade no financiamento do setor; controle social fragilizado, cooptado e despreparado; e falta de articulação entre os movimentos sociais.

Como vimos, a política de saúde no Brasil tem suas raízes na visão assistencial privatista, que visa à privatização e a contenções de gastos por intermédio de medidas que promovam austeridade e seleção de demanda, ou melhor, focalização; diminuição da oferta de serviços; e forte apoio à descentralização dos mesmos, com a (des) responsabilização do poder

central. Assim, a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanece como desafio fundamental na agenda contemporânea da política de saúde. O MRS ainda resiste, preservando seu ideário ante os novos patamares de relação público-privado, via processos de privatização interna do sistema. A luta contra as desigualdades, a concentração de renda, mediadas pela raça, classe e gênero, entre outras, reforçam a horizontalidade da relação com as populações que dependem exclusivamente do SUS.

Nesse cenário, a interferência do setor privado se mostra como uma ambiguidade em relação à universalidade na proteção social – o Estado sustenta esse mercado privado desde os primórdios do Sistema. Por isso, é preciso investimento financeiro e fontes de financiamento para a saúde pública nacional. As políticas implementadas a partir da criação do SUS não lograram alterar a predominância da lógica neoliberal existente. Para Bravo (2018), a saúde não pode ser fonte de lucro, não pode ser mercadoria, mas sim um direito de todos e dever do Estado. Ele precisa ir além da flexibilização dos princípios da Reforma Sanitária. Sabemos que há questões de não implantação, mas também há questões do seu próprio desenho que colaboraram para o confronto entre o real e o legal.

As contrarreformas desencadearam medidas que visam o estímulo ao seguro privado, ficando o SUS voltado aos mais pobres, com a promoção de ações mínimas e programas focalizados; e incentivos à adesão aos planos particulares, que, quase sempre, não possuem ampla cobertura, contrapondo a falácia de que

nem todos utilizam o SUS – quando, na verdade, isso é feito numa perspectiva de totalidade dos serviços nem sempre visíveis a uma ampla maioria que desconhece tal sistema portentoso de serviços. Os primeiros governos democráticos estiveram afinados com a restrição de gastos.

Um dos elementos centrais da seguridade social é seu orçamento. Há uma disputa em torno dele, pois desde a garantia na CF ocorre um forte embate entre as áreas econômica e social sobre o seu controle – cujos resultados da apropriação dos fundos públicos pelo capital acabam por revelar a subordinação histórica da política social à política econômica. Historicamente, o sistema de saúde brasileiro³⁸ é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos, e possui uma rede de prestadores e compradores de serviços que competem entre si. Não é organizado como uma rede regionalizada de serviços e não existem mecanismos eficazes de regulação, referência e contrarreferência. Logo, os desafios da assistência hospitalar no Brasil são: o controle de custos; o aumento de eficiência; a garantia da qualidade da atenção e da segurança do paciente; a provisão de acesso a cuidados abrangentes; a coordenação com a atenção básica; e a inclusão de médicos na resolução de problemas.

Existem, portanto, três subsetores na saúde: o *público*, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o *privado*

(com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou particulares; e o *suplementar*, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. As pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsectores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (PAIM *et al.*, 2011).

A regulação do SUS tem sido influenciada por vários grupos de interesse, desde o setor privado a grupos associados ao movimento pela reforma sanitária, e os mecanismos regulatórios existentes ainda não promovem mudanças diante da relação incestuosa entre as esferas pública e privada. A tese defendida pelo Banco Mundial é de que se aumentarmos a eficiência e a eficácia na utilização dos recursos de saúde é possível conter o aumento dos custos. O conceito de eficiência é tomado como “sinônimo” de contenção de investimentos, sem a análise crítica e real de que a escassez de recursos para custeio e para aplicação no sistema seja a verdadeira causa da não eficiência, eficácia e efetividade das ações. O financiamento do setor público deve prevalecer com a totalidade de sua destinação, sem captura para pagamento da dívida pública e para o fortalecimento do capital portador de juros. Deve haver, portanto, alocação de recursos para atendimento das reais demandas sociais.

2.5 O SUS e a privatização da atenção oncológica após os anos 1990

Como vimos, a privatização tem profundas raízes na construção da política de saúde no Brasil, como também demarcam as ações direcionadas ao tratamento de câncer, tornando evidentes os interesses do capital na atenção oncológica. Desde os seus primórdios, a atenção oncológica no Brasil se deu a partir de parcerias entre o Estado, financiando as filantrópicas e a iniciativa pública. Após golpe militar de 1964, ocorreu a maior expansão da lógica privatista e, conseqüentemente, do modelo de atenção médico-hospitalocêntrico. Marca essa tão latente nos dias atuais, pois o setor privado se expandiu significativamente, por meio da média e alta complexidade, que contou, historicamente, com o aporte do fundo público.

A Constituição Federal de 1988 trouxe o preceito constitucional de saúde como direito de cidadania e a criação do SUS foi resultado de um movimento de reforma sanitária, que no final dos anos 1980 se contrapôs às prerrogativas neoliberais de ajuste estrutural defendidas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial, contrários a princípios como universalidade e integralidade da atenção à saúde. Para Correia (2005), as organizações multilaterais do capital, em especial o Banco Mundial, passam a exercer protagonismo na política de saúde dos países periféricos, cuja principal orientação é a privatização da saúde e, conseqüentemente, a quebra do seu caráter público, estatal e universal. Segundo o Banco, os governos deveriam dar prioridade máxima

aos setores fundamentais, ou seja, aos mais vulneráveis, procurando promover políticas públicas focalizadas que visem a eficácia e efetividade dos gastos sociais. O movimento de reforma sanitária que veio com a redemocratização do país foi na contramão desses preceitos neoliberais.

Em relação à rede oncológica, houve avanços consideráveis a partir da Constituição Federal de 1988, sobretudo pelo fato de que a doença passou, explicitamente, a ser reconhecida como um problema de saúde pública. Desde os anos 1980, o INCA se tornou agente diretivo na política nacional de controle da doença, assumindo o protagonismo na elaboração e implantação dessa política de saúde. Em 1989, o INCA passa a coordenar o Programa Nacional de Combate ao Fumo, além de campanhas educativas de prevenção contra câncer de mama e de próstata. Em 1990, o Instituto passa a administrar o Pro-Onco, programa criado em 1986 que partiu da necessidade em estabelecer parcerias com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, serviços, hospitais, universidades e setores da sociedade civil. O câncer é um problema de saúde pública, mas somente após a reforma sanitária houve um fortalecimento das políticas públicas relacionadas à enfermidade. Isso possibilitou desenvolver novas campanhas e programas centrados na prevenção. No entanto, a saúde previdenciária ainda integrava o Ministério da Saúde. Atualmente, temos uma política pública de prevenção e controle do câncer executada pelo SUS e pelo sistema de saúde suplementar, sendo necessários avanços na ampliação

de acesso e quanto à qualidade dos procedimentos. O sistema precisa alcançar objetivos de universalidade, acesso e equidade. As ações de controle da doença envolvem ações de prevenção, passando pela detecção precoce, diagnóstico, tratamento clínico

e cirúrgico, reabilitação, até o cuidado paliativo.

O câncer é a segunda causa de morte no país e seu combate não pode se limitar a oferta de consulta aos pacientes. O MS, por intermédio do INCA, tem como missão o controle desse grave problema de saúde pública. Uma das estratégias é a educação da população, com a produção de materiais educativos e campanhas, como forma de medida de prevenção de acordo com a perspectiva institucional e gestão à frente por mandato. Posto isso, em se tratando da Rede de Atenção Oncológica, a situação do câncer é completamente diferente de outras doenças, pois não existe uma causalidade necessária, existem fatores de risco, como: comportamentos; hábitos de vida; o sedentarismo; o tabagismo; o consumo excessivo de gordura animal, entre outros componentes de acordo com o tipo de tumor. Essa rede se trata de uma articulação que se sobressai ao sistema de saúde e não é somente uma rede assistencial de cuidado. A atenção oncológica como política pública de saúde vai de dimensões da vida humana e as reais demandas sociais de saúde da população – que abrange desde a promoção, prevenção, detecção precoce e acesso a tratamento

–, e perpassa pessoas saudáveis, com

predisposição e/ou acometidas pela doença.

Apesar das inovações, a rede oncológica, enquanto política pública de prevenção, controle e tratamento de câncer é executada pelo SUS, pelo sistema de saúde privado suplementar, como também pela complementaridade, o que demarca o grande interesse do capital privado nessa área, sendo a atenção oncológica também determinada pelos processos de privatização interna no âmbito do SUS.

A atenção oncológica tem sido fortemente balizada por diretrizes das organizações multilaterais. Em 1995, o governo brasileiro estabeleceu contratos de empréstimos com o BID e o BIRD para o reforço à reorganização do SUS no sentido de implantar uma suposta “reforma no setor saúde”, sob a escusa de reforçar o SUS. O que de fato aconteceu é que se reforçaram os processos de descentralização, por meio de estratégias de responsabilização dos Estados e municípios, incentivando o financiamento dos prestadores privados e filantrópicos de serviços de saúde, priorizando a preocupação em relação à situação dos prestadores de serviços privados (OMENA, 2008, p. 130). As ações governamentais de ampliação da população à atenção oncológica estão em sintonia com as recomendações e orientações das organizações multilaterais e, conseqüentemente, com a transferência de fundo público para o setor privado de saúde.

Em relação à organização dos serviços de atenção oncológica, destaca-se a Portaria n.º 2.439/2005 que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica. Deve perpassar todos os níveis de

atenção para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, que deverão ser criados em todas as unidades federativas, levando em consideração as competências das gestões estaduais e municipais. Destaca-se também a Portaria n.º 741/2005, que dispõe sobre a organização de redes assistenciais hierarquizadas e regionalizadas, e estabelece parâmetros para o cadastramento de serviços em oncologia, que inclui hospitais como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

O que se nota é que através dessas legislações se ampliou a abertura para o setor privado de saúde ao conferir o credenciamento como Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia a hospitais públicos, filantrópicos e privados. As possibilidades de parcerias público-privadas são ainda ampliadas com a Lei n.º 12.715/2012, que cria o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), mediante incentivo fiscal para ações e serviços de atenção, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer. No âmbito da prevenção e combate ao câncer são incorporadas as pessoas jurídicas de direito privado, associativas ou fundacionais, sem fins lucrativos, a saber: as instituições certificadas como entidades beneficentes da assistência social; qualificadas como organizações sociais; qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Essa Lei claramente beneficia as OSs e amplia o espectro de atuação dessas organizações na rede

oncológica.

Ainda cabe destacar a Portaria GM/MS n.º 874/2013, que dispõe sobre os estabelecimentos que devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadia e tratamento. Cabe às secretarias estaduais e municipais de Saúde organizarem o atendimento, definindo para quais hospitais aqueles que precisam entrar no sistema público de saúde por intermédio da Rede de Atenção Básica deverão ser encaminhados.

2.6 O mercado da oncologia

Na relação público-privado na política de saúde, verifica-se que a oncologia é alvo de múltiplos interesses, principalmente do capital, representados pela prática médica, já que o câncer é uma doença que acomete todas as idades, classes sociais e sua incidência é alta, o que requer procedimentos de custos elevados, tanto em relação ao atendimento ambulatorial quanto à demanda por cirurgias e tratamentos sofisticados. Esses aspectos da doença estão em consonância com a expansão do capitalismo, com destaque para os crescentes investimentos e fundos que impulsionam a indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, pois o tratamento exige inovações tecnológicas, bem como trabalhadores/as especializados/as. As relações entre a incidência da doença, as transformações na sociedade capitalista, o complexo médico-industrial-financeiro precisam ser melhor escrutinadas, exigindo pesquisas

acerca desses processos que não são recentes, mas que se intensificam em função das condições de precarização da vida e envelhecimento da população.

No Brasil, a partir de 2005, a oncologia tem atraído muitos investimentos no setor, principalmente com o aumento do setor de serviços suplementares e o incentivo às parcerias público-privadas. A oncologia tem propiciado expectativas de altos retornos em investimentos, em função da demanda por tratamentos da doença que exigem procedimentos cada vez mais sofisticados, pois levantamento da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer estima que até 2030 o mundo terá 22 milhões de casos da doença por ano, notícias que movimentam o mercado da oncologia. De acordo com empresas que avaliam o setor (IQVIA), houve um aumento de US\$ 91 bilhões para US\$ 113 bilhões em custos relacionados à doença no período de 2012 a 2016 e uma previsão de que esses custos cheguem a US\$ 147 bilhões em 2021 (*The Economist, Cancer is a curse, but also a growth market for investors*, 03/02/2018).

De “olho” nesse mercado altamente lucrativo, grandes hospitais estão realizando vultosos investimentos em oncologia. O grupo Oncoclínicas tem focado em modelos de parceria com o SUS em radioterapias, segundo analistas do setor o mercado da oncologia está “aquecido” (SAUDEBUSINESS, 2011). A Rede D’or, uma das maiores do Rio de Janeiro, tem investido na oncologia na área de cirurgias de alta complexidade, em terapia intensiva e pediatria. Hospitais e clínicas de São Paulo, a exemplo do

Hospital Israelita Albert Einstein, também têm investido pesadamente no setor, diante também das expectativas criadas pela saúde complementar.

3 NEOLIBERALISMO, FUNDO PÚBLICO E POLÍTICA DE SAÚDE

3.1 Neoliberalismo: conceitos e controversas

No ano de 1938, ocorreu o Colóquio Walter Lippmann, que reuniu intelectuais liberais de diversos países com forte oposição ao socialismo e fascismo na Europa. A ideia principal do referido encontro foi o fato de que o liberalismo clássico fosse o principal responsável pela crise que assolava o sistema capitalista. Segundo Dardot e Laval (2016), foi esse colóquio o momento fundador do neoliberalismo e distinguiu-se pela sua qualidade em relação à história da política liberal dos países ocidentais do pós-guerra e contou com a participação de expoentes desse pensamento, como Friedrich Hayek, Jacques Rueff, Raymond Aron, Wilhelm Röpke e de Alexander von Rüstow. Em linhas gerais, esse colóquio teve um papel importante na renovação do liberalismo, criando instituições importantes, com vastos investimentos em pesquisa, que vão se desdobrar, posteriormente, na Sociedade de Mont-Pèlerin:

O quadro geral do neoliberalismo foi esboçado nos anos 1930, antes de Friedrich Hayek tomar a frente do movimento na esteira de O Caminho da servidão. As relações entre essa fase inaugural e a evolução do

neoliberalismo após 1947 e a criação da Sociedade Mont-Pelerin não podem ser compreendidas apenas em termos de “radicalização” ou “retorno ao liberalismo clássico” em oposição aos desvios intervencionistas surgidos em 1938. O desenvolvimento do pensamento de Hayek, em particular, não pode ser entendido simplesmente como uma “reafirmação” dos princípios antigos, já que integrará de forma singular a crítica do velho *laissez-faire* e a necessidade de um “código de trânsito” firme e rigoroso. Esse pensamento, que pode ser visto como uma resposta original aos problemas postos pela redefinição do liberalismo, tenta articular as posições da maioria e da minoria do Colóquio Walter Lippmann, permitindo ao menos por um tempo que ordoliberais alemães e austro-americanos se mantenham na mesma corrente. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 99-100).

Podemos dizer que o neoliberalismo surge devido ao que Dardot e Laval (2016) chamam de uma “metáfora”, como código de trânsito e quase uma “assinatura” oficial na qual o neoliberalismo se afirma sustentando que foi a política intervencionista que gerou a crise. A partir de então, a junção dos setores neoliberais se deu mediante uma oposição “ao intervencionismo de Estado” para a teorização de um intervencionismo propriamente liberal. Esse espectro permitiu que setores se mantivessem no mesmo campo político por um longo tempo, mesmo que esse período não fosse favorável a essas ideias.

No pós-segunda guerra, houve necessidade de uma reforma de Estado, e das relações internacionais

como ferramentas de prevenção contra condições similares às ocorridas durante a crise mundial dos anos de 1929; pode-se dizer, inclusive, qualquer outra que afetasse a acumulação capitalista. Nesse contexto, os EUA iniciaram um processo de proliferação e interferência em países não centrais. (HARVEY, 2014). Houve elevadas taxas de crescimento, particularmente no pós- guerra, entre os anos 1950-60. Nesse período, segundo Harvey (2014, p. 20):

Uma variedade de Estados social-democratas, democrata-cristãos e dirigistas emergiu na Europa depois da Segunda Guerra Mundial. Os próprios Estados Unidos passaram a seguir uma forma democrática liberal de Estado, e o Japão, sob a estreita supervisão dos Estados Unidos, construiu um aparato de Estado nominalmente democrático, mas na prática altamente burocrático, ao qual se atribuiu a responsabilidade de administrar a reconstrução do país. O que todas essas várias formas de Estado tinham em comum era a aceitação de que o Estado deveria concentrar-se no pleno emprego, no crescimento econômico e no bem-estar de seus cidadãos, e de que o poder do Estado deveria ser livremente distribuído ao lado dos processos de mercado – ou, se necessário, intervindo ou mesmo substituindo tais processos – para alcançar esses fins, e políticas fiscais e monetárias em geral caracterizadas como “Keynesianas” foram implantadas extensamente para suavizar os ciclos de negócios e assegurar um nível de emprego razoavelmente pleno. Um “compromisso de classe” entre o capital e o trabalho foi advogado geralmente

como o principal garante de paz e da tranquilidade domésticas. Os Estados intervieram ativamente na política industrial e passaram a estabelecer padrões para o salário social, construindo uma variedade de sistemas de bem-estar (cuidados de saúde, instrução etc). (HARVEY, 2014, p. 20).

Sobre o surgimento do neoliberalismo enquanto teoria, Borón (2001) analisa que surgiu no pós-guerra como um ataque vigoroso ao intervencionismo do Estado, mas também contra o igualitarismo e o “solidarismo coletivista”. Segundo o autor, essas ideias circularam na contramão do consenso Keynesiano que prevaleceu no pós-segunda guerra, mas somente a partir dos anos 1980 é que se consolidaram enquanto “novo ‘senso comum’” profundamente conservador, que converteu em acidentes fatais da natureza questões – tais como a pobreza, o desemprego de massas ou a destruição do meio ambiente – resultantes da vontade dos atores sociais” (BORÓN, 2001, p. 259).

Segundo Dardot e Laval (2016), a implementação da referida doutrina nos anos 1930 não é a mesma desenvolvida nos anos 1980 e 1990, já que é preciso compatibilidade com a estrutura econômica e social. A política neoliberal deve mudar o próprio homem, indo do Estado à própria subjetividade. Assim, o neoliberalismo “prolonga a virada que deslocou o eixo do liberalismo, fazendo da concorrência o princípio central da vida social e individual” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 69). Portanto, ele transformou o próprio capitalismo, porventura a

própria sociedade. De acordo com Dardot e Laval (2016), o neoliberalismo é um sistema normativo que influencia as relações sociais ocidentais e de países a caminho da modernidade. Não sendo, então, apenas uma ideologia – esta última interpretação teve seu núcleo duro a partir dos anos 1970 e início dos anos 1980. Se assim for compreendido, apresenta-se como *laissez faire*.

Os autores defendem a tese de que o neoliberalismo seja uma “racionalidade”. Compreendem que o sistema neoliberal não se reduza à expansão mercantil e de acumulação do capital, e que não podemos reduzir a ideologia neoliberal à Escola de Chicago. Assim, “pode ser definido como o conjunto de discursos, práticas e dispositivos que determinam um novo modo de governo dos homens segundo o princípio universal da concorrência” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 17).

Pode-se perceber que o neoliberalismo se tornou hegemônico nos anos 1980 em função das transformações societárias ocorridas, principalmente, a partir da crise estrutural dos anos 1970. Nos anos de 1960, a competição internacional se intensifica à medida que a Europa Ocidental e o Japão desafiam a hegemonia dos Estados Unidos, com o encerramento do acordo de Bretton Woods. Houve forte formação do Eurodólar no período (1966-1967) e uma forte deflação de (1973-1975). Com base em Harvey (2014), entendemos que “a crise da acumulação do capital na década de 1970 afetou a todos por meio da combinação de desemprego em ascensão e inflação acelerada”

(HARVEY, 2014, p. 27). O que ocorreu é que a onda recessiva entre 1950 e 1960 se constituiu pela saturação da acumulação, das taxas de lucro e variações na produtividade.

No fim dos anos 1960, o modelo “virtuoso” do crescimento fordista depara com limites endógenos. As empresas sofreram uma baixa sensível e suas taxas de lucro. Essa queda da “lucratividade” explica-se pela desaceleração dos ganhos de produtividade, pela relação das forças sociais e da combatividade dos assalariados (o que deu aos “anos 1968” sua característica histórica), pela alta inflação amplificada pelas duas crises do petróleo, em 1973 a 1979 [...] A coexistência desses dois fenômenos – alta taxa de inflação e taxa elevada de desemprego - parecia desabonar as ferramentas da política econômica, em particular a ação benéfica do gasto público sobre o nível de demanda e o nível de atividade, logo, sobre o nível do emprego. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 195-196).

Toda forma de reestruturação produtiva exige uma nova configuração de domínio do capital sobre o trabalho. Nessa perspectiva, entendemos que as mudanças nos processos de produção e no mundo do trabalho repercutem na intervenção social do Estado. Nessa etapa de crise do capital, uma das exigências é a supressão de direitos sociais mediados pelo Estado, em decorrência da construção dos Estados Sociais na Europa e a expansão das legislações sociais em diversos países, levando em consideração o grau de desenvolvimento das forças produtivas, a intervenção

do Estado e a luta de classes nas formações nacionais. As medidas estatais sob o neoliberalismo necessitarão de ações que visem a repressão aos sindicatos, movimentos sociais, medidas de austeridade, políticas de controle de salários e preços. Houve, portanto, uma aproximação nas práticas e no pensamento político-econômico do neoliberalismo a partir dos anos de 1970.

O que vale lembrar é que a chamada *virada neoliberal* foi precedida de grandes transformações no modo de produção capitalista. Compartilhamos da perspectiva trazida por autores da tradição marxista de que a crise da década de 1970 possui um caráter muito diferente das crises cíclicas, portanto, de cariz estrutural (MÉSZÁROS, 2011; MANDEL, 1990; HARVEY, 2014). Seu caráter estrutural indica que seus efeitos incidem no âmbito da produção, da circulação e do consumo, ou seja, tem efeitos na reprodução do sistema capitalista e atingem a todos os países, os de capitalismo avançado e os de capitalismo periférico, fazendo parecer, muitas vezes, que são crises distintas. Porém, são essencialmente manifestações de uma mesma crise estrutural. Trata-se do que Harvey (2014) vem alertando, diferem em função dos impactos geográficos e pelas proporções em determinadas localidades, a depender do grau de desenvolvimento das forças produtivas, das relações de produção e da condição de dependência.

Cabe fazer algumas incursões nesses autores. Um primeiro aspecto a considerar é que para a tradição marxista as crises são inerentes ao sistema capitalista.

Enquanto houver capitalismo, haverá, por conseguinte, crises, pois a *função objetiva das crises* é a de constituir o *mecanismo através do qual a lei do valor se impõe* (MANDEL, 1990 p. 212). A crise de 1974-75, para Mandel (1985), é uma crise clássica de superprodução, considerando as tendências de desenvolvimento a longo prazo, e se contrapõe à atribuição de responsabilidade pela recessão aos xeiques do petróleo (BEHRING, 2011). Antes dos problemas enfrentados na produção de petróleo (mas em consonância com ela nesse período), houve uma dificuldade crescente de compensar a elevação da taxa de mais-valia (corolário da acumulação capitalista). Assim, para Mandel (1985), a partir de finais dos anos 1960, o capitalismo passou para um período de estagnação, caracterizado por onda longa de tonalidade estagnacionista, que já se configura por mais de três décadas no Brasil.

Esse período de estagnação provocou uma onda de desemprego estrutural e atingiu o conjunto da classe trabalhadora, especialmente os jovens, as mulheres e os imigrantes, que já tinham dificuldades históricas de incorporação ao mercado de trabalho. “[O] aumento dos preços do petróleo foi apenas um catalisador do ciclo recessivo que se instalou entre 1974-1975” (MOTA, 2011, p. 53). A partir do ano de 1982, o FMI e o Banco Mundial se tornaram centros de propagação e implantação do fundamentalismo do livre mercado e da ortodoxia neoliberal (HARVEY, 2014).

Para Mészáros (2011, p. 135), a crise dos finais dos anos 1960 e início de 1970 tratou-se de uma crise

estrutural do capital e foi precedida dos acontecimentos do maio de 1968 na França, “parte intrínseca do surgimento necessário dessa crise estrutural”. Segundo o autor, “a ocorrência de crises cíclicas periódicas continua sendo a marca do desenvolvimento capitalista conjuntural e continuará, enquanto o capitalismo sobreviver”; contudo, a nossa época é marcada por um tipo “fundamental de crise que se combina com crises capitalistas cíclicas e afeta todas as formas concebíveis do sistema do capital enquanto tal, não somente o capitalismo” (MÉSZÁROS, 2011, p. 136).

A crise estrutural se faz valer ativando os limites absolutos do capital como modo de reprodução social metabólica. Essa é a razão pela qual o sistema do tipo soviético do capital – que não deve ser confundido com a extração meramente econômica de sobretrabalho como mais valia sob o capitalismo, uma vez que ele opera sobre a base de uma esmagadora extração política de sobretrabalho – tinha de implodir diante da intensificação global das contradições do desenvolvimento. Isso precisa ser enfatizado com firmeza hoje em dia, precisamente para evitar muitas das dolorosas ilusões do passado e seus consequentes atalhos equivocados, diante dos grandes desafios do nosso futuro (MÉSZÁROS, 2011, p. 136).

A reestruturação produtiva, impulsionada pela Terceira Revolução Tecnológica, e a financeirização ocasionou uma alteração importante no funcionamento do modo de produção capitalista, no que diz respeito à relação capital e trabalho. Essas transformações foram denominadas por Chesnais (1996) como mundialização

do capital. Para o autor, a mundialização do capital significou a recuperação dos saudosos lucros do capital e a possibilidade deste voltar a escolher, em total liberdade, quais os países e camadas sociais que lhe têm interesse, tudo isso graças às políticas de liberalização entre 1979 e 1981. Para Chesnais (1996), a mundialização tem seu ápice na ascensão de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, em especial aos do governo Thatcher e Reagan na virada da década de 1970 para a década de 1980.

No Brasil, adere ao receituário neoliberal com orientação de organismos internacionais em relação às políticas neoliberais ao iniciar “reformas” do Estado na década de 1990, quando ocorre a inserção do país no capitalismo contemporâneo marcado pela rentabilidade do capital e forte flexibilização do trabalho. É a partir de então que o neoliberalismo se torna hegemônico, trazendo para o contexto a ideia de que a crise dos anos 1970 se concentrou no excessivo poder do Estado, ao se tornar interventor, em função do enorme volume de recursos com os gastos públicos e as políticas sociais. Outro aspecto para a explicação da crise, segundo a retórica neoliberal, é também o “excessivo e nefasto poder dos sindicatos e, de maneira, mais geral, do movimento operário, que havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários” (ANDERSON, 1995, p. 10).

Para controlar a crise, o receituário neoliberal era bem claro: redução dos gastos sociais e das

intervenções do Estado nas relações econômicas, ou seja, o Estado deveria conter os recursos destinados às políticas sociais, bem como impedir a restauração da taxa de desemprego. Significa criar, sobretudo, um exército industrial de reserva para enfraquecer os sindicatos. E não menos importante, promover contrarreformas fiscais, sob a narrativa de incentivar os agentes econômicos, diminuindo os impostos dos rendimentos mais altos e do capital. O receituário aos Estados devedores do Sistema Financeiro Internacional (ancorado em toda a hierarquia institucional financeira) submete e limita os recursos desses países à garantia do pagamento dos juros da dívida externa, a perspectiva de ajuste fiscal está ancorada no objetivo final de pagamento da dívida aos credores estrangeiros. Para tanto, haveria que sacrificar o sistema de proteção social dos

trabalhadores em detrimento do pagamento da dívida aos credores.

Em função disso, Anderson (1995) alerta ser equivocado pensar a implementação do neoliberalismo a partir dos anos 1980 como uma teoria pura, pois o neoliberalismo se configurou como um arcabouço teórico não plenamente coerente e podemos defini-lo “como fenômeno diferente do liberalismo clássico”. Isso quer dizer que “do ponto de vista histórico, sempre que o capitalismo enfrentou uma crise fundamental ou dificuldades estruturais na sua operação, ele sempre encontrou soluções pragmáticas. Na prática, ele sempre foi tateando e encontrando soluções às cegas” (ANDERSON, 1995,

p. 150-1). Um ponto central trazido por Anderson se refere às privatizações que têm sido monumentais em nível mundial.

A transferência de gigantescos ativos de empresas públicas para mãos privadas está reconfigurando de forma fundamental todas essas sociedades. Na França há um programa de privatizações enorme. Na Itália também. Quando digo que a dinâmica do neoliberalismo não está esgotada é porque estou certo de que, dentro de cinco anos, estes países ainda estarão vivendo processos de venda de ativos públicos fundamentais. (ANDERSON, 1995, p. 150).

Com análise semelhante, Harvey (2014), ao se indagar sobre como e por que

o neoliberalismo se tornou vitorioso, aborda que, na época, “ninguém de fato sabia ou entendia com certeza que tipo de resposta funcionaria e de que maneira funcionaria” (HARVEY, 2014, p. 23).

O mundo capitalista mergulhou na neoliberalização como a resposta por meio de uma série de idas e vindas e de experimentos caóticos que na verdade só convergiam como uma nova ortodoxia com a articulação, nos anos 1990, do que veio a ser conhecido como o “Consenso de Washington” (HARVEY, 2014, p. 23).

Um aspecto a se destacar é que o neoliberalismo se implantou e se desenvolveu de forma desigual e dependeu, sobretudo, de “sua aplicação frequentemente parcial e assimétrica de Estado para Estado e de formação social para formação social atestam o caráter não elaborado das soluções

neoliberais”, ao mesmo tempo em que revela “as complexas forças políticas, tradições históricas e arranjos institucionais existentes que moldaram em conjunto por que e como o processo de neoliberalização de fato ocorreu” (HARVEY, 2014, p. 23).

Corroboramos com Harvey (2004; 2006) e Mandel (1985), para os quais o capitalismo sempre funcionou com o envolvimento estreito e firme do Estado. Para Harvey (2004), ele [Estado] é um agente ativo de acumulação do capital e também fundamental para a dinâmica do capitalismo global. Além disso, é necessário o reconhecimento do seu papel de mediação das estruturas, poderes financeiros e institucionais. Também age na administração de crises, contra a queda na taxa média de lucros, sustentando a contradição entre capital e trabalho.

O neoliberalismo é um projeto global de organização da sociedade ou uma política econômica com efeitos no campo social (LAURELL, 1997). Teóricos do *Public Choice*, como Hayek e Friedman, por exemplo, fundamentam seu discurso de que o mercado é o melhor mecanismo dos recursos humanos e da satisfação das necessidades dos indivíduos (LAURELL, 1997, p. 161). Os neoliberais sustentaram a ideia de que o investimento na intervenção estatal e a restrição ao livre mercado e à iniciativa individual levaram a uma crise econômica, política e moral.

Sob esse ponto de vista, a solução da crise consiste em reconstituir o mercado, a competição e o individualismo. Isto significa, por um lado, eliminar a

intervenção do Estado na economia, tanto nas funções de planejamento e condução como enquanto agente econômico direto, através da privatização e desregulamentação das atividades econômicas (LAURELL, 1997, p. 162).

Harvey (2014, p. 27) utiliza o termo neoliberalização interpretando que esse processo é também um “projeto utópico de realizar um plano teórico de reorganização do capitalismo internacional ou como um projeto político de restabelecimento das condições de acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas”. Do ponto de vista teórico, o neoliberalismo é também uma teoria das práticas político-econômicas que propõe o bem-estar humano através da liberdade⁴⁴ e capacidade empreendedora individual no âmbito institucional, reforçando o direito à propriedade privada, livre mercado e comércio. Segundo o autor, “as figuras fundadoras do pensamento neoliberal consideravam fundamentais os ideais políticos da dignidade humana e da liberdade individual, tornando-os como ‘os valores centrais da civilização’” (HARVEY, 2014, p. 15). As transformações sociais, políticas e econômicas caracterizadas pela intervenção em grau mínimo do Estado, ao criarem ou regularem comércio e mercado mantendo a garantia da propriedade privada ao utilizar uma defesa de bem-estar restrita e da liberdade, podem ser conceituadas como neoliberalismo. Ele defende a tese de que o neoliberalismo é uma forma de pensamento que surge de uma base teórica e conceitual que se alastra no senso comum capturando conceitos

como dignidade e liberdade.

Dardot e Laval (2016) destacam que a doutrina neoliberal, com a sua racionalidade, prega que os indivíduos devem ser responsáveis pelo seu próprio bem-estar, bem como o Estado neoliberal deve garantir a liberdade de mercado. Tanto Harvey (2014) quanto Dardot e Laval (2016) compreendem que diante de controvérsias do neoliberalismo surgem respostas neoconservadoras. O princípio do Estado Mínimo, comumente defendido como artifício do neoliberalismo e que tem como referencial teórico Hayek, deve ser revisto já que, conforme reflexões de Dardot e Laval (2016), para este teórico o Estado deve ser forte e guardião do direito privado. Segundo Dardot e Laval (2016), a versão hayekiana do neoliberalismo não somente não exclui como pede a intervenção do Estado. Este pensador reserva ao direito à noção de lei, ao que convém falar de “evolucionismo cultural”, o que lembra Hobbes, o soberano é apenas o legislador.

Os autores apontam que embora haja contribuição de Hayek para a elaboração do neoliberalismo, na prática à construção da ordem do mercado prevalece uma atitude construtivista e não do “evolucionismo cultural” hayekiano. Ainda, de acordo com Dardot e Laval (2016), o pensamento do autor é que não se deve confundir a ordem do mercado com uma “economia”. Também vai além do liberalismo clássico, pois fundamenta o vínculo social sobre o vínculo econômico, e o pensado se opõe à tradição do positivismo jurídico, pois o “ideal do Estado de direito confunde-se com o ideal de uma sociedade de direito

privado” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 176).

Em termos de sua aplicação, o programa neoliberal foi colocado em prática no final do ano de 1979, no governo de Margareth Thatcher, na Inglaterra, e logo depois nos EUA, em 1980, com a eleição de Ronald Regan. Estes foram os principais expoentes do ideário neoliberal no mundo, com predomínio na Europa e na América do Norte. No entanto, sua primeira aplicação prática se deu na América Latina, tendo como primeiro laboratório o Chile, em função da ditadura militar comandada pelo general Pinochet nos anos 1970. Foi sob a ditadura chilena que se experienciou as primeiras contrarreformas da Previdência, ou seja, é um exemplo de privatização da Previdência que teve efeitos nefastos sobre as condições de vida da classe trabalhadora, que encontrou condições favoráveis sob o golpe militar do grande capital. No governo Thatcher, iniciou-se um amplo processo de privatização e intensificou o imposto regressivo sobre rendimentos dos ricos. A partir de então, o neoliberalismo se intensificou, tornando a socialdemocracia como sua inimiga.

Behring (2008) chama a atenção para as explicações unilaterais e monocausais sobre a crise contemporânea identificada como crise do ou *localizada no Estado*, que para a autora é “incorreta e empobrece o debate” (BEHRING, 2008, p. 197). Para a autora, “a tentativa de retomada das taxas de lucros nos níveis do pós-segunda guerra ocorrem a partir de três eixos que se articulam visceralmente”: a

reestruturação produtiva – que imprimiu uma fragilização quanto à resistência dos trabalhadores em face às suas condições de vida e de trabalho; a mundialização – que rearticula o mercado mundial, redefinindo a especialização dos países comandada pelo capital financeiro; e o neoliberalismo – representado pelas “reformas” liberalizantes, que se “combina com uma forte ofensiva intelectual e moral que tem o propósito de refuncionalizar o Estado para criar um ambiente favorável a essas mudanças” (BEHRING, 2008, 197-198).

Nos anos 1980, o Estado Social é tido como um modelo de ineficácia. “Para os conservadores, não bastava pôr freios automáticos ao crescimento dos gastos públicos; era preciso mudar profundamente o modo de gestão da ação pública” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 289). Segundo os autores, são alternativas de aplicação do princípio da eficiência, com aumento da “produtividade”, uma acelerada privatização, subcontratação no setor privado ou autonomização das agências. Ficando, portanto, o financiamento orçamentário atrelado à lógica de resultados.

Há a articulação do movimento de neoliberalização, ocorrido nos anos de 1990 com o Consenso de Washington, movimento que teve papel preponderante do Estado com diferentes localizações geográficas, econômicas e sociais. Estes Estados neoliberais favorecem o sistema financeiro e seguem regras de organismos internacionais, a partir da lógica de desregulação do mercado e muita privatização. Concordamos com a perspectiva de Harvey (2014, p.

80) sobre a prática neoliberal:

O caráter geral do Estado na era da neoliberalização é de difícil descrição por duas razões específicas. Em primeiro lugar, tornam-se rapidamente evidentes desvios do modelo da teoria neoliberal, não se podendo atribuir todos eles às contradições internas já esboçadas. Em segundo, a dinâmica evolutiva da neoliberalização tem agido de modo a forçar adaptações que variam muito de lugar para lugar e de época para época. Toda tentativa de extrair alguma configuração geral de um Estado neoliberal típico a partir dessa geografia histórica instável e volátil parece ser tarefa insana. Mesmo assim, julgo útil esboçar alguns fios gerais de argumentação que mantém em ação o conceito de um Estado distintivamente neoliberal (HARVEY, 2014, p. 80).

Nos anos de 1980, houve uma grande onda de privatizações, desregulamentação e diminuição de impostos. Isto trouxe um Estado reestruturado, encarregado de reformar e administrar a sociedade. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) desde este período determina que o mesmo seja flexível, reativo e com mercado orientado ao consumidor.

Não basta constatar a continuidade da intervenção do Estado, ainda é preciso analisar de perto seus objetivos e os métodos que emprega. Muito frequentemente esquecemos que o neoliberalismo não procura tanto a ‘retirada’ do Estado e a ampliação dos domínios da acumulação do capitalismo quanto a transformação da ação pública, tornando o Estado uma esfera que

também é regida por regras de concorrência e submetida a exigências de eficácia semelhantes àqueles a que se sujeitam as empresas privadas (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 272).

Apontam que “as grandes instituições internacionais criadas após a Segunda Guerra Mundial (Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial) constituíram os principais vetores de imposição da nova norma neoliberal” (DARDOT; LAVAL, 2016,

p. 283). Não devemos deixar de ressaltar o ponto de convergência entre normatividade neoliberal e moralismo conservador. Este último não é capaz de afetar a lógica normativa do primeiro.

Anderson (1995) elucida que a hegemonia da ideologia neoliberal foi posta em prática por governos de direita e logo alcançou aqueles que se autoproclamavam de esquerda. Para Laval e Dardot (2016), no que se referem como esquerda neoliberal ou neoliberalismo de esquerda, não pode ser visto como uma simples adesão a essa corrente, pois aceitam um mercado de trabalho flexível e de realocação dos desempregados. Vê-se, na prática, um sistema no qual não há o que ser feito além de adaptar-se. Nesse contexto, “‘a nova esquerda’ é aquela que aceita o quadro da globalização liberal e exalta todas as oportunidades que podem ser tiradas disso para o benefício do crescimento e da competitividade das economias” (LAVAL; DARDOT, 2016, p. 237).

O autor também evidencia que o programa neoliberal, por intermédio da desregulamentação financeira, criou condições mais especulativas do que

produtivas ao mercado. Além disso, também houve um fracasso do sistema neoliberal nos anos 1980, já que não eliminou o que se designou Estado de bem-estar devido ao gasto social com desempregados e aposentados. Nos primeiros anos da década de 1990, a dívida pública de vários países provocou uma forte recessão. Com relação ao neoliberalismo na América Latina,

Austeridade no gasto público não é necessariamente “neoliberalismo”, se não vier acompanhada de um processo acelerado de privatização, desregulamentação financeira, abertura externa, desregulamentação e flexibilização das relações trabalhistas, reestruturação das políticas sociais etc. Além disso, é preciso notar que a adoção das políticas neoliberais como programa de governo não ocorreu simultaneamente, nem seguiu a mesma trajetória ou mesmo o ritmo em todos os países, devido às condições políticas particulares (LAURELL, 1997, p. 166).

Ainda segundo a autora, é importante lembrar que a crise fiscal dos Estados latino-americanos foi provocada por suas relações econômicas internacionais, o que ocasionou a dívida pública em decorrência da transferência de recursos públicos para

o capital especulativo pelo pagamento de juros da dívida. Ressalta que “as quatro estratégias de implantação da política social neoliberal são: o corte dos gastos sociais, a privatização, a centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza e a descentralização” (LAURELL, 1997, p.

167).

Portanto, ocorre uma retração estatal com a expansão do setor privado, já que os três objetivos neoliberais são: reduzir o gasto social público, remercantilizar os bens sociais e suprimir a noção de direitos sociais. Nesse sentido, na América Latina, a política neoliberal foi apoiada pelos organismos financeiros internacionais, com a concessão de empréstimos para programas sociais básicos e com o discurso de austeridade quanto aos programas universais.

As políticas neoliberais comportam algumas orientações com a finalidade de suas inserções na dinâmica do capitalismo contemporâneo, que busca rentabilidade pela reestruturação produtiva e a mundialização do capital. Em países da periferia, há estratégias que colaboram para o consentimento e a legitimação dessa visão, sufocando a luta de classes. De acordo com Behring (2008), os neoliberais apresentam pelo menos cinco argumentos centrais no processo de privatização, são eles: atrair capitais; reduzindo a dívida externa; reduzir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado. Para a autora, o trinômio articulado do ideário neoliberal é a privatização, focalização e descentralização. Em nome da competitividade: institucionalizar processos de liberalização e desregulamentação.

Países da América Latina adquiriram dívidas

com empréstimos, ficaram inadimplentes e, em troca do reescalonamento da dívida (renegociação), precisavam implementar ajustes estruturais, com reformas institucionais de corte de gastos sociais, flexibilização do mercado de trabalho e privatização orientados pelo Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, propagadores do neoliberalismo (HARVEY, 2014).

O Brasil, desde o período colonial, tem a presença do capital internacional, processo que irá, posteriormente, marcar a condição de dependência no país. Segundo Paulani (2008), os anos 1990 consumaram a vitória avassaladora do neoliberalismo, em que se aplicou uma política econômica que transformou o Brasil em uma plataforma de valorização internacional, que acirrou a dependência externa. É importante lembrar que a forma como a política neoliberal se insere em um país não é a mesma no capitalismo central e na periferia, já que nesta última o modelo de ajuste estrutural proposto pelo Banco Mundial e o FMI reforça a perda de substância dos Estados Nacionais. Os países de desenvolvimento do capitalismo central não aceitam a perda de soberania (BEHRING, 2009).

Segundo Behring (2008), essa orientação encontrou solo fértil no Brasil nos anos de 1990, período de crise fiscal e intensa disputa pelo fundo público. Em países periféricos, tal sistema encontra um ambiente político, econômico e cultural facilmente explorável. Nesse contexto, a política neoliberal insere o país na dinâmica do capitalismo contemporâneo que

tem como traço a rentabilidade adquirida pela reestruturação produtiva e mundialização do capital. Alguns Estados Nacionais, como o Brasil, são um forte atrativo para essa política, já que possuem poucos recursos e meios de desenvolver políticas industriais. Assim, institucionalizam processos de liberação e desregulamentação (BEHRING, 2009). O Estado cumpre um papel de reprodução do trabalho para garantir a produtividade e rentabilidade do capital. Mais mercado e menos Estado Social. A ação interventiva torna-se mais um mecanismo de acumulação do capital e acirramento da exploração da força de trabalho.

Para Harvey (2014), o neoliberalismo ampliou as relações transnacionais das empresas e seus interesses corporativos, influenciando o cenário político e econômico. Um exemplo disso é a organização do Fórum Econômico Mundial de Davos. “O Estado neoliberal deve favorecer fortes direitos individuais à propriedade privada, o regime de direito e as instituições de mercados de livre funcionamento e do livre comércio” (HARVEY, 2014, p. 75).

Para Laurell (1997, p. 162), essa visão provoca empobrecimento, polaridade da sociedade, desregulamentação e flexibilização da relação trabalhista. Ela ressalta que “apesar de todo esse antiestatismo, os neoliberais querem um Estado forte, capaz de garantir um marco legal adequado para se criarem as condições propícias à expansão do mercado” em detrimento da proteção social. Também se opõe à universalidade, igualdade e gratuidade dos

serviços públicos perante uma crítica contumaz aos direitos sociais e à administração pública. O objetivo central do neoliberalismo na América Latina é a retirada dos recursos estatais destinados ao financiamento de benefícios sociais universais.

3.2 A intensificação da disputa pelo fundo público no neoliberalismo

Um dos elementos importantes para compreender a fase atual do capitalismo, caracterizada como neoliberalismo, é a intensificação da disputa pelo fundo público. Como trazido no Capítulo 1, no percurso socio-histórico, as políticas sociais se desenvolveram como respostas à “questão social” devido à mobilização operária no final do século XIX no contexto europeu. Sua generalização vai se dar a partir do pós- segunda guerra com a implementação dos Estados Sociais europeus. É preciso ressaltar que os Estados Sociais europeus, ou como se costumou chamar de Welfare State, foi possível naquele contexto devido à reconstrução do pós-segunda guerra, como também à forte presença política da Revolução Russa e do movimento operário europeu, em função do processo de disputa ideológica alavancada pela “guerra fria”. Entretanto, a partir de fins dos anos 1960, aquele padrão de regulação denominado Keynesiano-fordista deu sinais de esgotamento, o que afetou consideravelmente as políticas sociais.

Segundo Behring (2008, p. 165), desde então sua condição não é a mesma no contexto da onda longa

de estagnação (MANDEL, 1985), pois a reação burguesa consiste em flexibilizar as relações de trabalho, o que ocorre uma tendência à redução dos direitos sociais do período anterior. Com a crise estrutural do capital, os padrões universais e redistributivos das políticas sociais do pacto Keynesiano-fordista foram duramente tensionados e reconfigurados em todo mundo. Nesse marco (ainda que tardiamente nos anos 1990), se dá a integração do Brasil à ordem econômica mundial, sob o imperativo do neoliberalismo, responsáveis pela redefinição das estratégias de acumulação e pela contrarreforma do Estado. Essa tendência global consiste também em redirecionar o fundo público como pressuposto geral das condições de reprodução do capital, diminuindo, agora sim, seu impacto junto às demandas do trabalho.

O processo de financeirização exerce pressão sobre as políticas sociais, particularmente sobre as de seguridade social que podem se tornar importantes nichos de mercado para o capital. A liberalização financeira implica em exatamente privatizar os benefícios da seguridade social, no caso da Previdência, como também pressionar os padrões universais de proteção, no caso da saúde pública. Assim, a crise do capital em curso desde os anos 1970 e a tendência da queda na taxa de lucros levou o capital a acirrar a disputa pelo fundo público, já que ele se torna imprescindível para viabilizar a reprodução ampliada. Tal condição revela que a luta por padrões redistributivos e universais da política social nos tempos atuais a coloca na agenda anticapitalista, tendo

como centralidade a disputa pelo fundo público (BEHRING, 2012, p. 154). Na mesma perspectiva de análise:

No capitalismo contemporâneo, o fundo público exerce uma função ativa nas políticas macroeconômicas sendo essencial tanto na esfera da acumulação produtiva quanto no âmbito das políticas sociais. O fundo público tem papel relevante para a manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social (SALVADOR, 2012, p. 124-5).

Salvador (2010a) mostra que, ao disputar cada vez mais os recursos do fundo público e, conseqüentemente, aumentar as despesas financeiras do orçamento estatal com remuneração de títulos públicos emitidos pelas autoridades monetárias, se promove a expansão de transferências públicas para o pagamento da dívida, importante fonte de rendimento do capital portador de juros. Nessa dinâmica estrutural, se concedem “generosos incentivos fiscais”, como a isenção de tributos para o mercado financeiro que terão impacto negativo na arrecadação e no fundo público.

Outro aspecto importante trazido por Salvador (2010a) está relacionado ao caráter do financiamento da seguridade social brasileira. Devido à regressividade do nosso sistema tributário, o fundo público é composto majoritariamente pela renda dos trabalhadores. Assim, a principal característica do orçamento público no Brasil, segundo Salvador (2010b, p. 617), é que ele é *“financiado pelos mais pobres e trabalhadores e apropriados pelos ricos”*

(grifos do autor). O seu caráter regressivo se deve à natureza dos tributos, que são em sua maioria indiretos, pois incidem sobre o consumo da população, independentemente da desigualdade de renda, enquanto que a tributação indireta fica restrita à tributação sobre os salários.

O financiamento tributário no Brasil é de caráter regressivo, ou seja, feito por tributos indiretos que incidem sobre o consumo, sendo que a tributação direta fica limitada à tributação sobre os salários. Essa situação piorou a partir de 1995, devido às alterações realizadas na legislação tributária infraconstitucional, que modificaram a reforma tributária realizada na Constituição Federal de 1988 (SALVADOR 2010b, p. 617). Além de o fundo público brasileiro ser hoje composto majoritariamente pela renda dos trabalhadores, devido à regressividade do nosso sistema tributário, desde os anos 1990, os gastos sociais estão mais direcionados a políticas para o capital e não para os trabalhadores. A crise do capitalismo mundial, em curso desde os anos de 1970 e marcada pela queda tendencial das taxas de lucro, levou o capital a disputar cada vez mais os recursos do fundo público (CONCEIÇÃO; CISLAGHI; TEIXEIRA, 2012, p.103).

Nessa direção, concorda-se com autores/as da tradição marxista, para quem o fundo público ocupa um lugar estrutural no capitalismo, revelando tanto sua maturidade quanto suas contradições (OLIVEIRA, 1988; BEHRING, 2004; 2011; 2012; SALVADOR, 2012). Oliveira (1998, p. 19-20), através de seu

importante estudo intitulado “Os direitos do antivalor”, evidenciou o fundo público em uma posição estrutural para a reprodução do capital, pois “a formação do sistema capitalista é impensável sem a utilização de recursos públicos, que em certos casos funcionaram quase como uma ‘acumulação primitiva’” na periferia do capitalismo (OLIVEIRA, 1998, p. 20-21).

Acertadamente, Oliveira (1998) compreende o fundo público como um componente estrutural para garantir a expansão e a reprodução do capital, como também da força de trabalho atuando como uma espécie de salário indireto, que é o acesso a bens e serviços na área da saúde, da educação e dos benefícios assistenciais oferecidos pelo Estado, que contribuiu para que houvesse uma “*liberalização* do salário direto ou da renda domiciliar disponível para alimentar o consumo das massas” (OLIVEIRA, 1998, p. 22). Uma das contribuições fundamentais do autor foi situar o fundo público a partir das contradições e da luta de classes e sua condição estrutural para a expansão do capital, elementos de análise que permanecem extremamente válidos.

Entretanto, o autor recai em equívoco ao considerar que quando o fundo público age em benefício das políticas sociais ele atua como uma espécie de “antivalor”. A ideia de antivalor traz a noção de que existe um lado de fora do capital, ou seja, aqueles investimentos destinados às políticas sociais estariam fora da esfera de valorização do capital

(BEHRING, 2008). Behring (2008) irá retomar o debate sobre a centralidade do fundo público ressaltando o papel que ele desempenha no contexto do capitalismo monopolista em função da reprodução ampliada do capital. Sem aderir à tese de Oliveira (1998) em sua plenitude, a autora corrobora com o autor no sentido de considerar “o lugar estrutural do fundo público, como expressão da sua maturidade e imensas contradições” (BEHRING, 2008, p. 194). Assim, a autora concorda com Oliveira (1999) quando:

Mostra que a luta de classes e seus segmentos incide sobre a dinâmica do fundo público, seja de sua formação – com o conflito tributário –, seja de sua alocação, com o conflito distributivo, a exemplo das disputas de vida e morte em torno dos orçamentos públicos. No entanto, nossa concordância aí se encerra (BEHRING, 2018, p. 194).

A perspectiva de Oliveira superdimensiona o papel da política social e não a vê como um fenômeno que está articulado a “outras estratégias político-econômicas” (BEHRING, 2011, p. 172-3). Contudo, a política social, apesar de não ser um instrumento exclusivamente econômico, “ocupa certa posição político-econômica, a partir de um determinado período histórico, e que a economia política se movimenta historicamente a partir de condições objetivas e subjetivas” (BEHRING, 2011, p. 174). Behring (2018, p. 195) parte da concepção de que o fundo público se forma por meio da mais-valia que é socialmente produzida; em outros termos, trata-se:

do trabalho excedente, que se reparte em juros,

lucro e renda terra, sobre os quais incidirá a capacidade extrativa do Estado, a carga tributária, envolvendo todos os participantes do butim: o capital portador de juros, o capitalista funcionante/industrial, o capital comercial, os proprietários de terras (BEHRING, 2018, p. 195).

Outro aspecto a destacar é que com o advento do neoliberalismo ocorre cada vez mais uma exploração tributária ao expandir as tributações indiretas, que incidem sobre o consumo. Sobre isso, Salvador (2020, p. 369) é bem elucidativo ao analisar que os tributos indiretos são regressivos e não promovem a distribuição de renda, por não tributar as rendas, os lucros e os patrimônios. Como comprovam as experiências dos países centrais, os impostos diretos possuem maior relevância no sentido de atenuar as desigualdades sociais.

3.3 Ajuste fiscal, crise fiscal e fundo público no Brasil: antes e após a Constituição Federal de 1988

Neste tópico, buscamos nos aproximar de uma compreensão sobre a crise fiscal e quanto à inserção do Estado na economia brasileira. Como sabemos, o fundo público é composto por impostos, contribuições e taxas, pois, para Salvador (2017, p. 428), “uma das principais maneiras da realização do fundo público é por meio da extração de recursos da sociedade na forma de impostos, contribuições e taxas, da mais-valia socialmente produzida”. É uma receita estipulada por lei. Por esta constituição, torna-se importante debater o

sistema tributário junto às tendências de ajuste fiscal, o pacto social e o federativo.

Antes, é necessária uma contextualização para que se possa conhecer o orçamento brasileiro (fiscal e da seguridade social), já que o sistema tributário nacional é o mecanismo de formação do fundo público. “[T]rata-se, pois, não apenas da relação entre receitas e despesas do ponto de vista orçamentário, mas da capacidade de mobilização de recursos sob o comando do Estado” (BIASOTO JR, 2006, p. 53).

“[O] caso típico no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja fonte majoritária de recursos é o Orçamento Geral da União, que sustenta fluxos regulares para o custeio dos serviços de saúde nos governos subnacionais” (PRADO, 2006, p. 177). Esses recursos consistem em um montante arrecadado mediante o pagamento de impostos e contribuições. Ao longo dos governos, ocorre uma prioridade com o pagamento da dívida pública em detrimento de gastos que beneficiem a classe trabalhadora. O fundo público, exerce, atualmente, quatro funções na economia (SALVADOR, 2015, p. 9-10):

- a) o financiamento do investimento capitalista, por meio de subsídios, **de desonerações tributárias**, por **incentivos fiscais**, por redução da base tributária das empresas e de seus sócios; b) a garantia de um conjunto de políticas sociais que asseguram direitos e permitem também a inserção das pessoas no mercado de consumo, independentemente da inserção no mercado de trabalho; c) assegura vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de

transporte e infraestrutura e nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e das **renúncias fiscais** para as empresas; d) assegura renda para uma classe rentista na sociedade, isto é, aqueles que vivem de aplicações no mercado financeiro e recebem, por meio do orçamento público, recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública (SALVADOR, 2015, p. 9-10).

De forma geral, todas as gestões governamentais brasileiras atacaram a seguridade social e a previdência com o ajuste fiscal permanente. Tudo isso seguiu uma “lógica” que orienta o fundo público e sua alocação pela via do orçamento público federal no Brasil. Essa postura traz impactos sobre a política social e a materialização dos direitos constitucionais, via oferta de políticas públicas, que atendam às demandas sociais. Boschetti e Teixeira (2019, p. 87) apontam que “o subfinanciamento crônico da política de saúde é uma marca antiga e tem seu cenário agravado com o processo de desfinanciamento provocado pelas recentes medidas de ajuste fiscal”.

Em concordância com Salvador (2017), o orçamento da seguridade social é uma peça-chave para compreender o ajuste fiscal em curso no Brasil, assim como também para a captura do fundo público pelo Capital Portador de Juros (CPJ). Ainda de acordo com o autor, por intermédio do orçamento, o fundo público espelha as políticas sociais e econômicas prioritárias do governo e permite identificar setores beneficiados por renúncias tributárias (SALVADOR, 2015, p. 36). Em

síntese, esse processo fiscal é um instrumento que promove o (des)financiamento da seguridade social. “Assim, o chamado OSS, na contabilidade oficial, está inflado por despesas que deveriam ser do orçamento fiscal e está subestimado nas receitas, pois não considera os valores desviados pela DRU e pelas renúncias tributárias” (SALVADOR, 2017, p. 432).

A política social brasileira tem como marco jurídico e institucional a CF de 1988, e a carga tributária é a sua principal fonte de financiamento. As áreas que constituem o núcleo do gasto social brasileiro são: Saúde, Educação, Previdência Social e Benefícios a servidores (encargos previdenciários da União).

Os ajustes dos gastos fiscais do governo, com o deslocamento e utilização do financiamento do gasto social (contribuições sociais), para pagamento de juros de dívida pública, que leva ao aumento dos gastos financeiros, não são recentes. “No caso do Brasil, as altas taxas de juros, o parco sistema de controle de capitais e todo um aparato legislativo contribuem para que os objetivos de arcar com as obrigações financeiras se sobreponham a todas as outras ‘prioridades’ definidas pelo governo” (BRETTAS, 2012, p. 117).

As principais contribuições sociais são: Contribuições de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Salários (INSS); Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins); Contribuição Social sobre Lucro Líquido Pessoa Jurídica (CSLLPJ); Programa de Integração Social (PIS)/Programa de Formação do Patrimônio do

Servidor Público (PASEP); Contribuição para Seguridade do Servidor Público, Tributos sobre transações específicas (IOF, ISS e Impostos Únicos), dentre outras. O Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) e o Imposto sobre Serviço (ISS) são, respectivamente, de competência estadual e municipal; e os demais de competência federal.

De acordo com Pinto e Biasoto JR (2006), ao se debater Política Fiscal, devemos reconhecer a mesma como uma ferramenta de intervenção do Estado e componente ativo de seu processo de desenvolvimento econômico e social. Estes autores também nos lembram que essa intervenção estatal deteriorou as condições de financiamento dos gastos das políticas sociais. Assim, o sistema tributário se tornou um instrumento da política macroeconômica. “O governo elegeu a questão fiscal como foco da política econômica e defendeu a geração de superávits primários suficientemente elevados para dar sustentabilidade à dívida pública” (LOPREATO, 2006, p. 263). Portanto,

A dívida pública em função dos imperativos da reprodução ampliada do capital, da valorização do capital fictício. E entre os anos de 1990 e 2000, com a abertura e desregulamentação dos fluxos de capital no Brasil, que se acentua a reprodução do capital portador de juros e a expansão do capital fictício (LUPATINI, 2012, p. 75-76).

O sistema tributário brasileiro tira proveito dos

encargos indiretos (alguns com caráter cumulativo), que incidem sobre a produção e a venda de bens e serviços. Nossa arrecadação baseia-se, sobretudo, na arrecadação indireta sobre bens, serviços e transações financeiras. Os maiores tributos do país são: Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), ICMS, Cofins e PIS, os dois últimos, contribuições sociais de incidência cumulativa. Em certo momento, a União lança mão de contribuições sociais para atender aos gastos sociais básicos. Nesse sentido,

O artigo 195 da Constituição determina uma diversidade de fontes de financiamento exclusivas para o custeio dos direitos relativos à saúde, previdência social e assistência social e também do seguro-desemprego. Essas fontes são as contribuições sociais: Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Contribuição Social do PIS/Pasep e a contribuição de empregados e empregadores para a seguridade social. Além dos recursos dos concursos de prognósticos (SALVADOR, 2017, p. 431-432).

De acordo com Salvador (2014), o ICMS é o imposto de maior arrecadação no país. De responsabilidade dos Estados e do DF, trata-se de tributo regressivo que recai sobre bens e serviços e que onera a população mais pobre. Os tributos podem ser classificados como diretos ou indiretos conforme a base de incidência. Para compreender a regressividade e a progressividade, se faz necessário avaliar as bases de arrecadação econômica, que são: a renda, a

propriedade, a produção, a circulação e o consumo de bens e serviços (SALVADOR, 2008; 2014). Com relação à tributação sobre o consumo, os principais tributos são: o ICMS, a Cofins e a contribuição dos empregadores para a seguridade social (SALVADOR, 2014).

Houve um período de deterioração financeira e arrocho fiscal durante os governos Sarney, Collor e FHC, que se confunde com a própria deterioração do sistema tributário nos anos de 1980, e com novas características a partir de 1990. Nos anos 1980, houve corte de gastos públicos, privatização de empresas e bancos estatais, com restrições de novos créditos. Uma política fiscal com o objetivo de fortalecer a posição macroeconômica e deixar de lado as demandas sociais para privilegiar a dívida pública, e que a partir da década seguinte passa a efetivação real das exigências de ajuste fiscal exigida pelo FMI.

A reforma apontada na Constituição Federal de 1988 transformou o ICM no ICMS e ampliou sua base ao extinguir os Impostos Únicos. Na metade dos anos 1990, alterou-se a arrecadação por bases de incidência e “a despeito da importância histórica da tributação indireta na arrecadação total, o rumo das discussões foi profundamente alterado a partir da segunda metade da década de 1990” (AFONSO; ARAÚJO, 2006, p. 295). Outro ponto forte dessa alteração foi que:

Uma parcela da arrecadação dos impostos federais é transferida diretamente para os estados e municípios por meio do FPE e do FPM, que foram criados na reforma tributária de 1965/1968. Esses fundos foram

valorizados com a Constituição de 1988, que aumentou os percentuais de apropriação do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), que eram de 5%, em 1968, e passaram a 21,5% (FPE) e 23,5% (FPM) [...]. (SALVADOR, 2015, p. 30).

Desde os anos de 1990, um elevado contingenciamento do Orçamento da União pode ser percebido. Uma causa não menos importante é o processo de descentralização, pelo Governo Federal, ao transferir cada vez mais a responsabilidade sobre demandas por políticas sociais para estados e municípios. Para Rezende (2006), o (não) ajuste do sistema tributário brasileiro frente à estagnação econômica dos anos em destaque, com exigência de ajuste fiscal, contrariaram a tendência mundial de eliminar impostos e ajustar a tributação. Isso, segundo o autor, se deu devido ao país optar por criar novos tributos e aumentar os impostos no referente período. Ocorreram implicações, portanto, para a descentralização e autonomia federativa devido ao processo de endividamento e seus desdobramentos. Assim, cabe destacar “as particularidades do federalismo fiscal brasileiro, no qual o protagonismo dos Estados requer uma difícil negociação política para conciliar a modernização, a harmonização fiscal e a autonomia federativa” (REZENDE, 2006, p. 76).

Para Oliveira (2006), o sistema tributário torna-se instrumento da política econômica de que dispõe o governo para efetivar seu programa de ações e viabilizar objetivos assumidos com as forças políticas que lhe dão sustentação. Isso abriu caminhos para as

bases das reformas e foi bastante utilizado no período do chamado crescimento econômico, dos anos de 1970, outrora nos anos de 1960. Exemplo disso foi o Imposto de Renda (IR), transformado em tributo de arrecadação para viabilizar os apoios políticos.

Segundo Mora (2006), o processo de endividamento estadual iniciou-se na década de 1970, durante à gestão tributária centralizadora. De acordo com Lopreato (2006), a crise da dívida externa nos anos de 1980 colocou fim ao padrão de financiamento público nascido na Reforma de 1964, uma vez que:

A Reforma Tributária de 1966 e a Reforma Administrativa de 1967 participaram do processo de esvaziamento político-econômico dos governos subnacionais. Paralelamente, mudanças observadas, em 1965, na oferta de crédito, associadas ao nascente mercado de títulos governamentais, aos fundos federais de investimento e ao endividamento no exterior, permitiram a expansão da dívida do setor público. Criaram-se, assim, as condições necessárias para o financiamento subnacional por terceiros. (MORA, 2006, p. 241).

Com a reforma tributária de 1966-1967, inicia-se o período de isenções e incentivos fiscais para o setor exportador, para o sistema financeiro e o mercado de capitais do Estado autoritário. Isto, nos anos de 1970, provocou uma *crise fiscal*.

A drenagem de recursos tributários promovida para estimular o crescimento econômico indicou que o Estado rapidamente se defrontaria com uma situação de *crise fiscal*, que só não veio à tona de forma clara,

ainda nos anos 1970, porque o governo conseguiu ocultá-la com a utilização do orçamento monetário, originalmente um instrumento de programação monetária do Banco Central. Para lá foram transferidas várias contas de conteúdo fiscal, com o propósito de acumulação, financiadas com a emissão de títulos da dívida pública. Mas quando a inflação acelerou-se no final dos anos 1970 e a “caixa-preta” do orçamento monetário começou a ser aberta, em busca de suas causas, a crise fiscal revelou-se de grandes proporções, e a política econômica passou a ser governada pela necessidade de restaurar as contas públicas, visando impedir a instauração de um processo hiperinflacionário na economia brasileira. (OLIVEIRA, 2006, p. 25, grifo do autor).

Nos anos de 1960, houve expansão das contribuições previdenciárias incidentes sobre a folha de pagamento. Na contramão disso,

O controle do endividamento no Brasil, desde 1964, quando os governos estaduais praticamente iniciaram a contratação de crédito, sempre foi realizado por meio de regras definidas pela legislação pertinente, alternativa adequada, considerando as próprias características de formação do Estado brasileiro [...] O Senado Federal, como instância na qual tramitam os pedidos para liberação de operações de crédito, mostrou-se ineficiente, ignorando até mesmo pareceres técnicos desfavoráveis à aprovação de novos endividamentos [...]. (MORA, 2006, p. 254-255).

A dívida pública tem papel importante no processo de acumulação capitalista. Lupatini (2012)

afirma que, após a crise dos anos 1970, ela se constituiu num espaço importante na reprodução ampliada do capital, sobretudo na valorização do capital fictício – e a torna um dos seus centros alimentadores. A partir de 1979, iniciou-se um período de crise nos países periféricos e de capitalismo dependente. Diante do cenário de “ditaduras” e de golpes de Estado mediante o rentismo norte-americano:

A dívida tornou-se uma força formidável que permitiu que se impusessem políticas ditas de ajuste estrutural e se iniciassem processos de desindustrialização em muito deles. A dívida levou a um forte crescimento da dominação econômica e política dos países capitalistas centrais sobre os da periferia. (CHESNAIS, 2005, p. 40).

Em maio de 1982, foi criado o Finsocial, um novo tributo tratado como contribuição social e entregue ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), que atendeu aos anseios do Fundo Monetário Internacional (FMI), com medidas adotadas nos anos de 1982 e 1983 para auxiliar o problema de queda de arrecadação no período (BIASOTO JR, 2006).

De acordo com Prado (2006), isso pode ser observado da seguinte maneira: no 1º período (1968-1982), houve uma concentração de recursos na União, a partir do Ato Institucional n.º 5 (AI-5); em 1968, com foco na arrecadação no Governo Federal até 1982; a partir de 1976, começou a se reverter a centralização de recursos com a revisão dos parâmetros de distribuição dos fundos de participação. No 2º Período (1982-1991), houve redistribuição intergovernamental da receita com

redução de capacidade global de financiamento tributário; em 1983, ocorre centralização das competências e redução das transferências. Já no 3º Período (1992-2000), observa-se a recuperação da participação na receita disponível.

Sobre os elementos constitutivos da formação do Estado brasileiro, como os empréstimos compulsórios, os fundos patrimoniais e diversas formas de receitas parafiscais, o país teve pontos de destaque nos seguintes períodos: auge cíclico do milagre econômico (1970 a 1974); desaceleração do crescimento (1975 a 1980); crise recessiva decorrente do endividamento externo (1981 a 1985); crescimento econômico baseado nas exportações (1984 a 1985); Plano Cruzado (1986); período final do Governo Sarney (1987 a 1989); Plano Collor (1990); início dos anos 1990 (1991-1993); Plano Real e primeiro governo Fernando Henrique (1994 a 1998); e ajuste fiscal do governo FHC (1999 a 2002) (BIASOTO JR, 2006, p. 54). No entanto,

No período de 2000 a 2011, o acréscimo na arrecadação tributária sobre o patrimônio é decorrente, principalmente, do incremento no recolhimento do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), como corolário do crescimento da venda de automóveis no Brasil [...]”. (SALVADOR, 2014, p. 21).

Quanto à centralização de recursos e à vinculação de transferência do Governo Federal, numa perspectiva de ajuste vertical da carga tributária e sua distribuição, observou-se características diferentes em diferentes períodos e governos.

3.3.1 Lei de Responsabilidade Fiscal: uma política fiscal de ajuste

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) se aplica às três esferas governamentais – federal, estadual e municipal – e a todos os poderes de cada instância. Essa divisão de atuação impactou o federalismo, já que a União não precisou mais assumir dívidas de governos estaduais e municipais. Os poderes Executivo e Legislativo, inclusive Tribunais de Contas, Judiciário e o Ministério Público, bem como os respectivos órgãos da administração direta, dos fundos, autarquias, fundações e empresas estatais dependentes, estão sujeitos à LRF.

Promulgada em 2000, mas proposta em 1999 é considerada como um desdobramento da exacerbação do desequilíbrio fiscal financeiro estadual. A lei trata da parte não-financeira das despesas públicas.

A LRF é a lei complementar que atende ao artigo 163 da Constituição Federal para estabelecer as normas orientadoras das finanças públicas no país; objetiva aprimorar a responsabilidade na gestão fiscal dos recursos por meio de ação planejada e transparente que possibilite prevenir riscos e corrigir desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas. (KHAIR, 2006, p. 352).

Trata-se, portanto, de uma ferramenta de controle fiscal com obrigatoriedade de transparência no planejamento e execução da gestão fiscal. “A LRF tem como ênfase o controle e contenção das despesas. Particularmente, as despesas com pessoal, serviço de terceiros e despesas obrigatórias de caráter continuado”

(KHAIR, 2006, p. 356). Ela impõe limites a: operações de crédito; dívidas; gastos; renúncia de receita; geração de despesas; e concessão de garantia e inscrição em restos a pagar. Isto tudo estabelece maior transparência às ações dos governos, com a divulgação das prestações de contas, dos relatórios de gestão e até convite à participação do controle social, que nem sempre ocorre.

De acordo com Khair (2006), é a partir do planejamento que se faz a gestão fiscal, sendo criadas novas funções para a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) – cuja discussão e elaboração devem assegurar a maior transparência possível e incluir a participação popular e realizar audiências públicas, o que nem sempre se cumpre. Esta lei estabelece metas e condições para a gestão de receitas e despesas; seu descumprimento provoca a suspensão das transferências voluntárias, garantias e contratação de operações de crédito, e sanções previstas no Código Penal e na Lei n.º 10.028/2000.

A LRF veio a ser um fiador do regime fiscal em compromissos de austeridade fiscal e de sustentabilidade da dívida dos governos estaduais com fixação de metas de resultado primário para o setor público. De certa forma, atende preceito neoliberal e foi validada logo no início dos anos 2000 pelo FMI, CEPAL e OCDE.

3.3.2 Federalismo Fiscal no Brasil

O marco do processo federativo ocorre com a institucionalização da descentralização fiscal, com a promulgação da CF de 1988. De fato, um modelo federativo capaz de contribuir com o crescimento e o desenvolvimento industrial estava na prerrogativa do Estado autoritário. Mesmo após a transição democrática, os entes federados ainda retratam uma constituição histórica do federalismo brasileiro, para a qual as transferências não se restringem a direitos constitucionais, mas sim à incorporação do endividamento.

No tocante às competências tributárias, a CF de 1988 estabeleceu (Título VI, Cap. I) que o Imposto sobre a Renda e os Proventos de Qualquer Natureza—Pessoa Física e Jurídica – (IR), o IPI, o Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR) e os tributos sobre as grandes fortunas, além das contribuições sociais para a Seguridade Social, são de competência federal. O Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), o Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCD) e o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) são de competência estadual. Por fim, o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e o Imposto de Transmissão de Bens Imóveis Intervivos (ITBI) são de responsabilidade dos municípios, sendo que o Distrito Federal tem a dupla competência de instituir impostos de caráter estadual e municipal (SALVADOR, 2015, p. 30).

Trata-se de resquícios advindos do rompimento do pacto desenvolvimentista. A descentralização de recursos da União, que tratou a Carta Magna de 1988, não subverteu a pressão política quanto a novos consensos capazes de construir um sistema tributário eficaz e justo. Ao que corroboramos com Oliveira (2006, p. 33):

Em relação à revisão de modelo de federalismo fiscal, as propostas, de uma maneira geral, não se preocuparam em sugerir medidas para a recomposição do modelo anterior a 1988 e em criar condições para que as esferas governamentais, por meio de mecanismos e instrumentos de cooperação intergovernamental, voltassem a ter condições de investimentos em áreas fundamentais para o desenvolvimento (OLIVEIRA, 2006, p. 33).

O cenário de endividamento dos anos 1970 promoveu a contratação de créditos junto ao exterior e, nos anos 1980, a captação de recursos por intermédio de títulos (MORA, 2006). De um maior poder dos estados, entre 1960 a 1970, a um desmantelamento a partir da década de 1980, ao que a CF de 1988 não conseguiu fugir às particularidades de cada ente federado. “Portanto, nos anos 1980, a negociação de recursos junto à União marcou a gestão das finanças estaduais, tanto na disputa pelas transferências voluntárias quanto nas iniciativas para financiar a rolagem da dívida” (MORA, 2006, p. 242).

No “período 1980-1988, a instabilidade cíclica e a tendência à estagnação em ambiente de inflação crescente reduziram fortemente a capacidade global de

financiamento tributário” (PRADO, 2006, p. 182). A reforma de 1988 não explica a elevação da arrecadação municipal, e a União reagiu à diminuição de receita criando contribuições sociais. Assim, “tem um efeito perverso sobre o federalismo fiscal, pois as contribuições sociais que financiam essas políticas sociais não são partilhadas com estados e municípios” (SALVADOR, 2015, p. 31).

Infelizmente, tal “reforma” não consolidou um novo padrão de financiamento nem uma nova distribuição de receitas entre os entes, que “a depender das políticas tributárias adotadas nas esferas da União e dos estados, os municípios podem ser fortemente atingidos na sua condição fiscal devido às perdas de potenciais recursos das transferências intergovernamentais” (SALVADOR, 2015, p. 09).

De acordo com Afonso e Araújo (2006), o Estado brasileiro foi o único a adotar um imposto com valor adicionado fora a competência tributária federal: o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços, eleito como peça fundamental do federalismo fiscal brasileiro, se destacando como o maior dos tributos.

Conforme Salvador (2015), a CF de 1988 atribuiu maior autonomia na arrecadação tributária aos municípios, o que aumentou as responsabilidades com a execução de políticas sociais – da mesma forma que qualquer mudança na estrutura tributária afeta o financiamento destas; em particular, qualquer isenção, dedução, abatimento, entre outros, sobre o Imposto de Renda e o Imposto sobre Produtos Industrializados. O autor nos lembra que o IR e o IPI (Impostos

desonerados) são a base da composição do Fundo de Participação do Estado (FPE) e do Fundo de Participação do Município (FPM).

3.3.3 “Crise” do Sistema Tributário Brasileiro

Segundo Salvador (2008), a “reforma” tributária traria graves consequências ao financiamento das políticas sociais no Brasil. Isso porque, desde a gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (PSDB, 1994-2002), o governo federal utiliza as fontes de financiamento do gasto social para pagamento dos juros da dívida pública e defende os superávits primários elevados como sustentação da dívida pública, o que acarreta aumento dos gastos com remanejamento de despesas para fins não aqueles dentre a vinculação constitucional de recursos. Pinto e Biasoto Jr (2006) classificam essa situação como uma ruptura do financiamento do setor público brasileiro, enquanto Salvador (2010; 2017) define como o mecanismo vital para a viabilização do ajuste fiscal: a apropriação de recursos vinculados ao Orçamento da Seguridade Social (OSS).

O compromisso com metas de superávits primários tem levado os “governos” a abandonarem as propostas de reforma do sistema tributário, e a concentrarem esforços na transferência de encargos para os governos estaduais e na expansão da carga tributária com contribuições sociais não compartilhada. A crise financeira foi assumida pelos estados por meio da dívida pública e está sendo paga pela classe

trabalhadora, via imposição de ajuste fiscal que restringe direitos, contribui para o aumento do desemprego e precariza as condições de vida de grandes parcelas da população [...]” (BRETTAS, 2012, p. 115). Na contramão disso, não ocorre superávit primário desde o ano de 2015.

Desde os anos 1970, os compromissos orçamentários têm o objetivo de ajuste fiscal e o pacto desenvolvimentista degenerou o sistema tributário. O desequilíbrio financeiro observado na década de 1970 agravou-se nos anos 1980, devido à realidade tributária de desestruturação do pacto desenvolvimentista de tributos de fácil arrecadação e taxa de incidência distinta. A crise econômica dessa década esgotou os ganhos devido ao “crescimento econômico” ancorado na substituição de importações.

Nosso sistema tributário possui uma máquina desorganizada, junto à sonegação de impostos. Esta redução de alíquotas aumenta os encargos sobre as folhas de pagamento e, ironicamente, aumentou após a CF de 1988. Diante disso, “para o maior equilíbrio das bases de tributação, a reforma tributária teria de ampliar a representatividade do imposto de renda, atenuando o peso da tributação indireta” (DAIN, 2006, p. 378).

O Estado brasileiro aderiu o ideário do Consenso de Washington a partir dos anos 1990 com privatização de empresas estatais, diminuição de carga tributária entre outras medidas. Entendemos que o governo passou a utilizar veementemente o sistema tributário como instrumento de valorização do capital

financeiro.

A geração de superávits primários, elevados e crescentes, transformou-se, a partir daí, em *compromisso* sagrado do governo, inclusive por força do acordo assinado com o FMI, passando a figurar no Orçamento Geral da União como uma espécie de despesa obrigatória, aquela que tem recursos garantidos por alguma norma constitucional ou legal. (OLIVEIRA, 2006, p. 34-35).

De acordo com Biasoto Jr (2006), a disfuncionalidade do aparato tributário que se originou das reformas dos anos 1960 permanece até hoje com dilemas similares. Nosso sistema lida com o aumento da sonegação e o imposto sobre grandes fortunas, criado pela CF de 1988, que nem chegou a ser regulamentado por legislação complementar, para que fosse de fato implementado e houvesse essa cobrança. Um dos efeitos é a constante queda de arrecadação e aumento de gastos, devido à apontada sonegação, renúncias fiscais, crescimento da informalidade, estagnação econômica e aumento da participação do mercado externo.

Durante o governo de FHC, a política de ajuste desestruturou o gasto público e as condições de financiamento do Estado. Em sua primeira gestão, em 1995, o Plano Real, a princípio, foi visto como uma “política de estabilização”. Houve renegociações da dívida externa e o início da privatização, sobre o véu da liberalização financeira e econômica.

A partir de 1996, a Lei 9.249/95, artigo 9º, permite às pessoas jurídicas tributadas pelo lucro real que

remuneram pessoas físicas ou jurídicas, a título de juros sobre o capital próprio, considerarem tais valores como despesas para fins de apuração do Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). Trata-se, na verdade, de uma despesa fictícia que contribui para reduzir volume de tributos pagos sobre o lucro das empresas. O maior beneficiado são os bancos que vêm apresentando lucros recordes nos últimos anos (SALVADOR, 2008, p. 8).

Ocorreram mudanças nos Estados com a política de ajuste fiscal adotada, controle que provoca corte de transferências voluntárias e redução dos gastos pelo governo federal. “Na realidade, a União, após 1993, deu preferência à criação e à majoração de alíquotas tributárias das contribuições sociais em detrimento dos impostos que são partilhados com os entes federados” (SALVADOR, 2015, p. 31).

A partir desse período, os governos estaduais tiveram que ampliar seus gastos, reduzir o endividamento e obedecerem ao limite de gastos definidos em legislação, sobretudo com a regulação da LRF - que prioriza os credores financeiros e desconfigura as políticas sociais. “No âmbito do ajuste fiscal construído, a partir de 1993 foram engendrados mecanismos de desvinculação de recursos que atingiram, sobretudo, o financiamento da seguridade social” (SALVADOR, 2017, p. 442).

A construção da política macroeconômica teve múltiplas implicações no âmbito estadual. O governo federal consubstanciou-se como o maior credor das unidades da Federação e financiou grandes operações

de reescalonamento das dívidas estaduais. Conforme Mora (2006), segundo a CF de 1988, a regulamentação do endividamento subnacional é de competência do Senado Federal. Cabe ao Banco Central conceder habilitação a entes da Federação para entrar no mercado imobiliário e autorizar a emissão de novos títulos, por sua vez, normatiza o endividamento do setor público. Por isso, uma reforma não alteraria facilmente a realidade financeira do Estado.

Utilizado como mecanismo de ajuste fiscal iniciado no governo Collor, a DRU, em curso desde o ano de 1993, a qual vigora desde 2000, retira recurso tributário do orçamento da seguridade para viabilizar o pagamento de juros, encargos e amortização da dívida pública. Diante de tudo isso, ainda há algumas emendas constitucionais com efeitos para a redução do financiamento das políticas sociais e redução dos direitos sociais. Os primeiros governos “democráticos” estiveram afinados com a restrição de gastos, com as políticas sociais e criaram medidas que visam o estímulo ao seguro privado, incentivando a adesão aos planos privados de saúde que, quase sempre, não possuem ampla cobertura. O governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1994-2002) foi um período de obstaculização da seguridade social pública preconizada na Constituição, vista como perdulária e atrasada, apesar das resistências em contrário.

A partir de 1994, com a criação do Plano Real e a realização da contrarreforma do Estado, é que se se implanta o ajuste fiscal permanente (BEHRING, 2008). Segundo Behring (2008), o Plano Diretor da

Reforma Administrativa do Estado (PDRAE) promoveu alterações estruturais que, na prática, impossibilitaram a materialização dos preceitos constitucionais, principalmente em relação universalização das políticas sociais e seu orçamento. Assim, o que ocorreu foi o estabelecimento de uma contrarreforma, balizada na ideia de uma “gestão pública não estatal”, que transferiu as ações e serviços sociais públicos para as OSs em todas as áreas, especialmente na saúde, que alteraram a natureza da relação do Estado. Desde então, o desafio consiste em desvelar esses “novos modelos de gestão pública não estatal”, bem como uma gama de OSs criadas para esse fim.

Behring (2019) sustenta a hipótese de que nos dois governos petistas houve deslocamentos em relação às orientações neoliberais mais duras do Consenso de Washington, plenamente realizadas entre 1995 a 2002. Para a autora,

A economia política singular da era Lula e que teve continuidade em linhas gerais com Dilma – porém, em um ambiente externo e interno desfavorável, o que teve implicações políticas e econômicas profundas – engendrou impactos materiais intensos sobre a vida dos que viviam em pobreza extrema ou absoluta, mesmo que não pela expansão dos direitos universais, o que implicaria efetivas reformas. Mas é preciso reconhecer, favoreceu em proporções muito maiores os ricos, com atenção especial ao agronegócio e ao capital portador de juros, além de atrair capital estrangeiro para o novo Eldorado brasileiro. (BEHRING, 2019, p. 52).

Conforme Salvador (2014), no governo Lula houve uma tentativa de reforma tributária, por intermédio da proposta de Emenda Constitucional nº 233/2008, que não teve prosseguimento. Também havia a opção de eliminação de contribuição previdenciária sobre a folha, um tributo importante do financiamento da seguridade social no Brasil. Ainda de acordo com o autor, no ano de 2010, esse governo adotou medidas de apoio para alguns setores da indústria, como a prorrogação da redução do IPI para a indústria automobilística e para eletrodomésticos da chamada linha branca, como geladeiras, fogões e máquinas de lavar, por exemplo.

Nessa mesma direção, o governo brasileiro lançou, em agosto de 2011, o plano ‘Brasil Maior’, sob o argumento de aumentar a competitividade da indústria nacional, a partir do incentivo à inovação tecnológica e à agregação de valor. O cerne do plano trata das desonerações tributárias, como redução de IPI sobre bens de investimento, redução gradual do prazo para devolução dos créditos do PIS-Pasep/Cofins sobre bens de capital e desoneração da folha de pagamento para alguns segmentos econômicos (de confecção, calçados, móveis e softwares), que será compensado no faturamento. (SALVADOR, 2014, p. 36).

Segundo o autor, o governo Lula elegeu a simplificação tributária e as desonerações de impostos das empresas, com a justificativa de que isso as tornaria mais competitivas no exterior. Em resumo: sancionou a Lei n.º 11.033/2004, que altera a tributação do mercado financeiro e de capitais e que

favorece aplicadores do mercado financeiro e da bolsa de valores; editou a MP n.º 281/2006, que reduzia a zero as alíquotas de IR e de CPMF para investidores estrangeiros com filiais no Brasil; instituiu a Lei Complementar n.º 123/2006, que criou o Simples Nacional (o regime tributário simplificado); a MP n.º 431/2008 do fim da CPMF, com um conjunto de mudanças para compensar a perda de arrecadação. Nesse sentido – embora beneficiando, com essa política econômica e fiscal, uma população de melhor poder aquisitivo e a entrada do capital estrangeiro –, o governo Lula teve “2004 e 2010 como anos de crescimento real” (BEHRING, 2019).

Com relação a esse movimento, a política de ajuste fiscal no governo Dilma foi o aumento das desonerações aplicadas – subsídios do BNDES e a da folha de pagamento –, que mais do que duplicaram o valor observado no governo Lula. Tudo isso foi justificado como medida contra a crise fiscal e pagamento da dívida pública.

Lupatini (2012) nos lembra que o aumento da dívida pública é a expressão da valorização do capital. De acordo com Chesnais (2005, p. 41), “[...] a dívida pública alimenta continuamente a acumulação financeira por intermédio das finanças públicas”. Nesse contexto,

Mais precisamente, a dívida pública e seu aumento espiral não só por conta do Estado ineficiente, moroso, etc, que gasta muito e/ou mal e torna-se endividado, mas sim este Estado vem-se reconfigurando, desde anos 1980, para atender os imperativos do capital sob a

forma capital portador de juros sua ‘alocada’, o capital fictício. A dívida pública tem cumprido seu papel. (LUPATINI, 2012, p. 61).

O grande agravante da drenagem de recursos da seguridade foi o novo regime de ajuste fiscal no governo Temer, aprovada pela EC n.º 95/2016, “que estabelece um teto para os gastos sociais, sepultando as vinculações orçamentárias das políticas sociais construídas na CF de 1988” (SALVADOR, 2017, p. 442).

Na sequência, veio o desmonte desses ajustes, que foram ataques devastadores, e constitucionais, ao financiamento público – primeiramente, no governo Dilma e, depois, no Temer. Com relação ao primeiro, houve a EC n.º 86/2015 (Execução Orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais). Já com relação ao segundo, a EC n.º 93/2016 – Desvinculação das Receitas da União (DRU), Desvinculação das Receitas dos Estados (DRE), Desvinculação das Receitas dos Municípios (DRM) – que retira 30% dos recursos para pagamentos de juros da dívida e “socorro” ao caixa dos estados e municípios; e a EC n.º 95/2016 do ajuste fiscal e novo regime fiscal: teto somente para despesas primárias no período de 2017-2036. Em 2017, houve ajuste para o financiamento destinado à Saúde e Educação – regra vigente e saúde com mínimo antecipado de 2020; e correção anual, pelo Banco Central, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) no período de 2018-2036 (Saúde e Educação: base mínima). Ao fim, segue cada vez pior a “necropolítica” do governo

Bolsonaro.

Segundo Salvador (2008), o sistema tributário pode ser um instrumento de redistribuição/distribuição de renda, e até de riqueza, que garantiria justiça social, pois possui capacidade de reduzir desigualdades. Para que isso ocorra, um passo importante seria o de que, “pelo princípio da capacidade contributiva, temos de graduar os tributos de acordo com a riqueza de cada contribuinte, de modo que os ricos paguem mais, e os pobres menos [...]” (SALVADOR, 2008, p. 14).

O Estado brasileiro necessita inserir justiça tributária à equação: não tratando de forma igual o sonegador e o inadimplente do fisco. Nenhuma mudança com relação a melhores condições do sistema tributário se faz sem melhorias no crescimento econômico, redução de desigualdades, aumento da renda e até mesmo mudanças culturais. Assim, as bases tributárias principais são: renda, consumo e propriedade.

3.4 A disputa pelo fundo público na política de saúde no Brasil

A Constituição Federal de 1988, na divisão dos recursos dentro da seguridade social, não definiu percentuais para cada política no seu financiamento. A mudança mais importante, destacadamente o orçamento social, foi expressa na política da seguridade social, com financiamento exclusivo (SALVADOR, 2010b, p. 608). Dessa forma, o orçamento destinado à saúde tem sofrido sérios

retrocessos. No âmbito legislativo, é bastante sintomático, pois houve significativas mudanças legislativas que marcaram, sobretudo, a primeira década do século XXI, com implicações diretas no arranjo federativo. “[...] Entre as mudanças, destaca-se a Emenda Constitucional n.º 29/2000, que assegura recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde” (SALVADOR; TEIXEIRA 2014, p. 23).

Segundo Bravo e Matos (2008), com a ofensiva neoliberal no país implementada pelo governo Collor de Mello, houve impactos na política de saúde e o projeto de Reforma Sanitária foi questionado com a consolidação do projeto voltado ao mercado ou privatista. Esse último, segundo os autores, reforça o ideário neoliberal e possui características como: caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso. Historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos; seja pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitalais; ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde privados.

Para Mendes (2015), estamos diante de medidas austeras pela esfera estatal que corrobora para perda de direitos, em especial na política de saúde que sofre processos de mercantilização em seu interior. A financeirização do orçamento público pelo capital

portador de juros colabora para o subfinanciamento do SUS universal. Infelizmente, está presente em medidas adotadas pelos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), Lula e Dilma Rousseff e confirma uma política de ajuste para o capital e não para o social; ocorre até mesmo uma refilantropização da saúde. Segundo Mendes (2015), é necessário um enfrentamento diante do subfinanciamento estrutural do SUS:

É necessário defender a rejeição da política econômica conhecida como o famoso tripé econômico – juros altos/metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante-, que restringe a possibilidade de gastos públicos, mesmo os sociais, incluindo a saúde (MENDES, 2015, p. 15).

Essas medidas foram adotadas também pelos governos do Partido dos Trabalhadores (PT). Durante os mandatos de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula, 2002-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016), houve a ampliação desses “novos” modelos de gestão sob o discurso de “modernização” do SUS, através das Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Trata-se, segundo Correia (2011, p. 33), de uma privatização “por dentro” do SUS, em que ocorre uma apropriação permanente do fundo público pelo setor privado da saúde, mediante “compra de serviços privados pela rede pública por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos na

ampliação dos serviços públicos”.

Com “novos” modelos de gestão, a apropriação do fundo público para entidades privadas se dá diretamente por meio do acesso aos recursos públicos obtidos por meio da venda de serviços de saúde ao Estado, que ocorre em âmbito municipal e estadual. Com a redução da fiscalização e dos mecanismos de controle social, a tendência é que o aumento dos recursos do orçamento para a saúde seja canalizado para o aumento de lucros no setor privado.

A contrarreforma do Estado em relação à saúde ocorre com a redução do financiamento e algumas prioridades na alocação dos recursos. Há maior enfoque em ações curativas, em obediência ao modelo biomédico; um desnível dos determinantes sociais da saúde e não aplicação em ações preventivas que, em geral, estão longe dos interesses do capital. Embora já façam um movimento de apropriação dos serviços na atenção primária, recentemente apontada pela agenda ultraneoliberal do atual governo Bolsonaro.

Corroboramos com Menicucci (2010) quando afirma que a reforma da política de saúde teve sua maior expressão na criação do SUS. Além de uma grande ruptura com o modelo previdenciário, também favoreceu a confluência do modelo institucional proposto que limita suas transformações. A autora ressalta que a mudança institucional e de princípios não se constitui em projeto transformador por limitar a reforma do setor público ao garantir, expressamente, “a liberdade à iniciativa privada”. Ela também nos lembra que a CF de 1988 efetivou uma dualidade no sistema

de atenção à saúde no país, composto por um segmento público e outro privado, além de encobrir a segmentação tão característica da trajetória da área no Brasil, mantendo forte dependência em relação aos serviços hospitalares e especializados privados com financiamento majoritariamente público.

Apesar das mudanças institucionais do sistema de saúde brasileiro, desde a década de 1970, foram alteradas características básicas como o enaltecimento dos prestadores de serviços e a segmentação de demandas. É importante lembrar que esse sistema teve no período militar uma forte hegemonia burocrática que atuava no sentido de mercantilização da saúde e predomínio financeiro nas instituições previdenciárias. Segundo Granemann (2008), no Brasil, desde o início da ditadura, o Estado tem assumido, prioritariamente, as demandas da burguesia. Em virtude do que foi mencionado,

O fetiche da iniciativa privada aplicado ao Estado tem o “mérito” de ocultar a essência dos processos que o Estado do capital deseja legitimar: ao tentar prender-nos à forma desviamo-nos do fundamental, do essencial. A forma é a fundação estatal, o conteúdo é a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores (GRANEMANN, 2008, p. 37- 8).

Uma contrarreforma no setor tem avançado em relação à própria gestão dos estabelecimentos de saúde e em constante conflito com outros sujeitos do SUS – entre os quais, aqueles(as) que defendem modelos que obedecem a regras flexíveis de direito administrativo

no âmbito da administração indireta do Estado. Ocorre, infelizmente, uma terceirização juridicamente espúria no sistema de saúde pública.

As OS vão se acoplando às secretarias de saúde através de contratos de gestão. Essas entidades foram defendidas no primeiro mandato do governo FHC em 1995, e criadas para prestar serviços de saúde e educação, setores nos quais a disputa entre público e privado sempre imperou de forma a favorecer os interesses do mercado. No entanto, esse modelo de gestão terceirizada não foi preterida no governo Lula, o qual reconhece juridicamente as fundações estatais em 2005. Assim, surgiram como uma proposta de transformação institucional dos hospitais federais do Rio de Janeiro e se qualificam, portanto, como reformas administrativas desse governo.

Entre estas modalidades institucionais supracitadas, e que foram apresentadas aos gestores do SUS, também existem as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), que possuem a função de assessoria e não podem gerir bens e recursos humanos. Elas podem, porém, realizar pesquisas avaliações das unidades do sistema. Já as Fundações Estatais vieram com a premissa de apoiar a pesquisa e o ensino nas atividades de gestão. O que as difere das OS é que, ao contrário destas, as fundações estatais de direito privado não podem utilizar recursos públicos para terceirizar profissionais por meio de entidades médicas.

Nesse cenário, o atendimento básico já tem os olhos do privado em sua direção, e uma acentuada

entrega das referências ambulatoriais e especializadas para o controle e direção das OS, particularmente as ligadas às igrejas e aos setores mais conservadores da sociedade. Esses serviços, já previstos como não exclusivos do Estado, continuam sob a sua responsabilidade, pois o mesmo é o grande coordenador do serviço, mesmo terceirizando/privatizando sua execução. Ao mesmo tempo, permanece seu maior e único financiador, com a transferência de recursos públicos para a iniciativa privada. O projeto privatista de saúde passa a enfatizar a atenção básica focalizada em população pobres com restrições ao acesso à média e alta complexidade, que em boa parte é comprada pelo Estado, transferindo o fundo público para o mercado privado da saúde.

O processo de segmentação da assistência à saúde, com predomínio dos estabelecimentos privados, enfraquece a perspectiva de um sistema universal porque eleva o gasto no privado. Por sua vez, também se beneficia do subfinanciamento público, como resultado das políticas sociais neoliberais que determinam a utilização do Fundo Público pelo sistema financeiro, pelo pagamento de encargos e juros da dívida pública resultante do endividamento imposto pelo FMI – que orienta para a focalização da política social; transforma direitos sociais em direitos ao consumo; e a saúde, em um bem adquirido pela assinatura de planos de saúde, com descontos em consultas e exames, por exemplo.

Em suma, a agenda sanitária deve examinar a pertinência de adotar o eixo da reforma pública do

mercado, exigindo a incorporação de uma lógica próxima ao seguro social público, sob pena de que a luta correta contra a estratificação de clientela continue ‘impotente’ politicamente para barrar a contaminação do SUS pelo mercado. (OCKÉ-REIS, 2010, p. 111).

Com relação à ampliação do setor privado na saúde, e os impactos na desconstrução do SUS, percebe-se avanço no processo de (des)responsabilização do Estado e incentivo ao mercado financeiro. Para tanto, é necessário entendermos as reformas pautadas na política de ajuste e na relação público-privado na saúde. Uma das ameaças do direito à saúde perpassa, desde seu processo de implementação, o desfinanciamento agudo e crônico. Portanto, o financiamento adequado do SUS permanece como uma luta mesmo com a regulamentação da EC n.º 29/2000, em 2011.

Do ponto de vista político, já no governo Collor houve adesão ao programa liberal. Este continuou nos governos que se seguiram. Aqueles que chegaram ao poder com o PT, frente constituída da pequena burguesia e setores diversos da classe operária, também aderiram às perspectivas do projeto neoliberal, imposto pelos organismos internacionais com relação às políticas sociais e contrárias aos princípios do SUS. Podemos inferir que a plataforma “reformista” apresentada pelo PT não se diferiu, em relação aos gastos e alocação de recursos para a saúde, dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Já no governo Lula, o Projeto de Lei

Complementar n.º 92/2007 criou um novo modelo de gestão: as chamadas Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), que, além de outras áreas, também iriam gerenciar a de saúde. É necessário ressaltar que não foi aprovada como lei federal, mas como estadual e municipal.

No Governo Dilma, com a promulgação da Lei nº 13.097/2015, houve a entrada de capital estrangeiro no setor, o que expandiu a saúde suplementar com a participação dessas empresas. Também não podemos esquecer que este capital é volátil e, como condição de sua aplicação, tem a maior rentabilidade possível.

Nesse governo, houve também a aprovação da EC n.º 86/2015, que consolida o subfinanciamento do SUS, a manutenção da DRU, entre outras ferramentas. Esta política de ajuste segue a partir do governo Temer, com a aprovação da EC n.º 95/2016, que define “saúde com mínimo antecipado de 2020”. Um congelamento de recursos por vinte anos como mais uma forma de burlar a Carta Magna, e confirmar a total submissão do governo ao capital financeiro. Ao que se segue com forte ataque no atual governo Bolsonaro.

Uma das primeiras ações de desconstrução de saúde implementada nos últimos 20 anos foi à criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), em 01 de agosto de 2019, com a descontinuidade de programas de prevenção ao álcool e outras drogas; da política de redução de danos; e de saúde mental – estas, em uma perspectiva de apelo à ordem, com medidas repressivas, moralizantes e de forte pensamento conservador atrelado ao nex

neoliberal.

Depois, houve a revisão de recursos entre os Hospitais Públicos e Filantrópicos, com o argumento, do então ministro da saúde no período, quanto à falta de eficiência dos Hospitais Públicos, algo já dito diversas vezes, para justificar medidas de contrarreforma do SUS no Brasil. Em junho de 2019, uma linha de crédito de 1 bilhão foi liberada para as Filantrópicas, via BNDES; em 2 de julho, foram 3.5 bilhões, na Caixa Econômica, para os Hospitais Universitários Federais (79,5 milhões) e o equivalente a 1,77% dos recursos disponibilizados para os filantrópicos.

Um exemplo dessa prioridade de alocação de recursos para os hospitais filantrópicos pode ser encontrado no estado do Tocantins. A publicação de Atos da Assembleia do Tocantins, no Doe n.º 5.243 de 23 de novembro de 2018, dita que a Lei n.º 3.405/2018 dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício de 2019, a chamada Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Em sua página 12, no item: "As prioridades e metas da administração pública estadual, para o exercício de 2019 [...]", aparece como uma das metas a "Construção do Hospital do Câncer de Palmas, denominado Hospital do Amor", dentro da ação: "Organizar os serviços do SUS por meio de Rede de Atenção à Saúde de forma regulada, controlada e avaliada".

Quanto aos hospitais de entidades filantrópicas e beneficentes que operam em convênio com o SUS, sabe-se que seu interesse maior é obter o título de

utilidade pública, o qual lhes faculta isenções fiscais e previdenciárias, elementos que trataremos no próximo capítulo ao abordar os processos de privatização da atenção oncológica na particularidade do estado do Tocantins.

A princípio, houve a legitimação do mercado privado da saúde, com a Lei n.º 9.961 de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), inspirada nos princípios da contrarreforma do Estado iniciada em 1995 por Bresser Pereira, no governo FHC. A concentração do mercado e a integração dos planos com os serviços de saúde trazem desafios novos para a concretização do sistema de saúde público, gratuito e de qualidade. Dessa forma,

Tendo em vista que os rumos da política de saúde no capitalismo contemporâneo estão na contramão da consolidação do arcabouço legal do SUS, faz-se necessário fortalecer cada vez mais os espaços organizativos e de lutas em defesa de uma saúde pública e de qualidade. Esses espaços tornam-se cada vez mais importantes para o debate contemporâneo sobre a conquista, a consolidação e a universalização do direito à saúde. Por meio deles, os trabalhadores e usuários da saúde pública poderão compreender os caminhos da política de saúde brasileira, fortalecendo o pensar e o agir coletivo na defesa de uma política de saúde pública, universal e de qualidade (BRAVO; LIMA, 2015, p. 60).

A maior contrarreforma na saúde brasileira se constitui na expansão do setor privado pela oferta de serviços de saúde, dentro do setor público de saúde e

no livre mercado. A primeira tem sido denominada de privatização não clássica. A prática de fortalecimento do mercado privado, através da mercantilização dos serviços, privatização da gestão dos serviços e compra de serviços de saúde pelo setor privado/filantrópico, é um dos motes de contestação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Prática como essa foi uma das principais contestações do Movimento da Reforma Sanitária antes da constituição do SUS (CORREIA, 2018). As consequências desse processo se constituem em:

Desprofissionalização dos Serviços, dos Servidores Públicos e desorganização do processo de trabalho em saúde; flexibilização dos contratos de trabalho; desmonte da Gestão Única do SUS; recentralização da gestão de várias políticas públicas e da gestão do SUS nos Ministérios e nas Secretarias de Estado; hierarquização dos serviços de saúde estará comprometida, na medida em que cada serviço terceirizado/privatizado tem em si a característica de autonomia em relação à Administração Pública e ao SUS. Fica comprometido o Sistema de Referência e Contra-Referência (REZENDE, 2008, p. 32).

Um movimento que favorece o capital e conta com o apoio do Estado são os novos investimentos do capital financeiro, com mais riscos na especulação. Assim, a captura do fundo público pelo setor privado ocorre com contratualizações de serviços privados e gestão do serviço público de saúde por entidades com personalidade jurídica de direito privado, como as OS's, as FEDPs e a EBSEH.

A lógica mercantil conta com o fomento do governo, com a dedução de imposto de renda (pessoa física ou jurídica, conforme o caso); certificação de filantrópica às entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de saúde; renúncias fiscais às filantrópicas, na compra de planos de saúde populares; perdão de dívidas, na assistência farmacêutica; entre outros mecanismos.

Com relação aos planos de saúde, Ocké-Reis (2010, p. 103) nos lembra que há um legado da medicina liberal, na herança filantrópica e capitalista das instituições de saúde e no patrimonialismo do mercado. Ressalta que “o mercado de planos de saúde possui uma relação econômica estrutural com o Estado”:

Hoje, o Estado continua sustentando os planos de saúde, dada a presença da renúncia de arrecadação fiscal e a resistência das operadoras em ressarcir a ANS pelos serviços prestados à clientela da medicina privada. Essa renúncia permite, de um lado, que parte dos gastos com planos de saúde seja abatida do Imposto de Renda sobre Pessoa Física e, de outro, que as despesas operacionais das firmas empregadoras em assistência médica reduzam o lucro líquido, diminuindo o montante sob o qual incide a alíquota do Imposto de Renda sobre Pessoa Jurídica (OCKÉ-REIS, 2010, p. 109).

A lógica que existe desde a ditadura empresarial militar, nos anos 1980, e depois da criação do SUS, possui forte apoio à saúde suplementar, com isenções fiscais, subvenções, entre outras formas,

sendo uma prática contínua e não recente de fortalecimento do setor privado e de captura do fundo público. Há uma resistência das operadoras em ressarcir a ANS, que permite que haja abatimento no IR sobre Pessoa Física e diminui o índice sobre a Pessoa Jurídica de empregadoras.

Na área da saúde, o Estado tem auxiliado o setor privado a expandir a oferta de serviços de saúde no livre mercado através de subvenções e isenções fiscais, além de servir de retaguarda para prestação dos serviços que o setor privado não tem interesse econômico, como a vigilância sanitária, epidemiológica, o serviço de transplante, dentre outros (BRAVO, 2018, p. 16).

É uma reflexão importante de Granemann (2008) em relação ao privado versus formação do público, pois se trata do arranjo privatista de transferência de fundos públicos aos capitais particulares pelas fundações estatais que vendem seus serviços ao Estado. As mesmas, segundo a autora, “gozarão de imunidade tributária” (GRANEMANN, 2008, p. 37-8). Portanto, ao serem liberadas da obrigação de contribuir com a formação do fundo público, contratam serviços para realização de suas obrigações. O pagamento dessas contratações é retirado do fundo público que sustenta a política social. A partir do que foi exposto, “[...] o fetiche do mercado atinge o seu ápice quando ao Estado se quer reserva o papel de concorrente dos serviços privados e se elege a lógica empresarial – convém lembrarmos, é a do lucro!” (GRANEMANN, 2008, p. 37-8). Isso se

configura ao que Bravo (2018) chama de complementaridade invertida.

No contexto de financeirização do capital, a mercantilização dos serviços públicos e a privatização da gestão destes são mecanismos utilizados pelo Estado no enfrentamento da crise do capital e apropriação privada do fundo público. Conforme Santos (2018, p. 49),

Com a adoção destes modelos de gestão, o Estado repassa o fundo público para entidades privadas executarem serviços públicos, forma de consubstanciar a privatização progressiva da saúde, tomando um curso inverso ao historicamente defendido pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira: estatização progressiva da saúde. (SANTOS, 2018, p. 49).

O setor empresarial passou a reivindicar a formulação da política de saúde, ou melhor, uma formulação do setor privado (CORREIA, 2018). Na busca de seus interesses econômicos, já disputa a elaboração da própria política. Na contramão disso, está um dos avanços férreos da contrarreforma no Brasil proposta por organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial (BM), que vêm realizando incentivos aos países para que eles adotem um tipo de oferta de saúde conhecida como Cobertura Universal de Saúde (CUS), criada em 2005. Apropriando-se de termos utilizados pelo movimento da reforma sanitária, pela medicina social e pela saúde coletiva, segundo estudiosos da área. A proposta é que se ofereçam serviços privados para os que possam pagar, e serviços públicos aos mais

pobres e em vulnerabilidade social (lógica do projeto privatista).

Outro movimento que vem ocorrendo é a ampliação do mercado de seguros de saúde, forte crescimento da utilização dos planos privados por funcionários e camadas populares, como forma de suprir a dita falta de eficiência e eficácia do SUS e sua pouca cobertura, até mesmo a reconfiguração previdenciária na esfera federal. Estes acabam não suprimindo o percentual mínimo de assistência e, novamente, recorrem ao SUS, além do não repassarem a contrapartida, prevista em lei. De fato, em Tocantins, a Hemorrede tem sido referência no processo jurídico e efetivo do recebimento dessa contrapartida do privado que utiliza o banco de sangue estadual.

4 APROXIMAÇÕES AOS PROCESSOS DE PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE E DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO ESTADO DO TOCANTINS

4.1 As Organizações Sociais no Tocantins e a privatização da saúde

É nos estados que as parcerias público-privada são efetivadas, o que é necessário à realização de pesquisas sobre as formas de transferência de fundo público para o setor privado, em processos de privatização interna do SUS. A seguir, faremos algumas aproximações analíticas acerca dos processos de privatização da rede oncológica no estado do Tocantins. Para contextualizar, cabe ressaltar que o

Tocantins possui um histórico agudo de privatizações da saúde, a partir de contratos de gestão firmados com OSs. A implementação do SUS foi, em seus primeiros anos, já marcada pela gestão das OSs, com destaque para o governo de Wilson Siqueira Campos (DEM, 1995-2002), que transferiu para a Associação Beneficente de Assistência Pró-Saúde (Pró-saúde) a gestão dos 17 hospitais estaduais sob o argumento da agilidade dos serviços.

Desde então, os contratos e parcerias estabelecidas com essas organizações têm sido alvo de recorrentes investigações pelo Ministério Público devido às diversas irregularidades em torno das contratações, incorrendo na cassação de governadores, realidade praticada em outros estados. Em seguida, no governo de Marcelo Miranda (MDB), entre os anos 2003-2004, houve a contratação da OSCIP Brasil para administrar 14 hospitais estaduais, que foi alvo de investigações pelo Ministério Público Federal (MPF) no Tocantins por diversas irregularidades, que incorreu na perda de mandato do governador. Em 2011, o governador Siqueira Campos retorna com a contratação da Pró-Saúde para administrar 17 hospitais, destinando um valor anual de R\$ 258.484.789,00. O que aconteceu é que em 2012, tanto o MPF como o Ministério Público do Estado do Tocantins (MPE) moveram Ação Civil Pública (ACP) contra o governo estadual, suspendendo a contratação da organização em função de diversas irregularidades.

O documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”

(2012), elaborado pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), registra uma sucessiva série de fatos ocorridos nos estados e municípios brasileiros onde há gestão das OSs na saúde que demonstram as diversas irregularidades. É demasiadamente comprovado que esses modelos de gestão trazem prejuízos ao erário, aos usuários do SUS e aos trabalhadores. Isso decorre porque a Lei n.º 6.937/98, que cria as OSs, abre a prerrogativa de que essas adquiram bens e serviços sem licitações, bem como não são obrigadas a prestar contas a órgãos internos e externos da administração pública.

Em relação à atenção oncológica, podemos destacar dois aspectos que demarcam os processos de intensificação de privatização no Tocantins. Um primeiro aspecto se relaciona à contratação de tratamentos especializados em clínicas privadas por parte do estado; outro, trata-se da terceirização dos serviços prestados.

A rede de atenção oncológica do Tocantins está expressa no Plano Estadual de Promoção da Saúde, Prevenção e Controle do Câncer de 2016. De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Estado do Tocantins (2016-2019), a Rede de Atenção à Saúde (RAS) vinha se estruturando de forma fragmentada por meio de Redes Temáticas, que não se integravam, além de ser subfinanciada e sob o desafio de consolidação da governança regional no âmbito do SUS.

Com relação aos locais de atendimento para os serviços de quimioterapia, radioterapia e braquiterapia, é importante ressaltar que esses serviços estão

separados em dois hospitais: um localizado na capital do estado HGP (Hospital Geral de Palmas) e o outro, na região norte, cidade de Araguaína, HRA (Hospital de Referência de Araguaína). Essa divisão leva em consideração o fato de as cidades onde são oferecidos os tratamentos serem as maiores do estado, possuírem capacidade para atendimentos de alta complexidade e terem o maior número de especialidades e cobertura. Sobre os processos de privatização da atenção oncológica, trataremos com mais ênfase para a análise nos itens a seguir.

4.2 Fundo público: o Orçamento da Saúde do Tocantins

A saúde integra o Orçamento da Seguridade Social com gastos mínimos obrigatórios, definidos na EC n.º 29/2000, regulamentada pela Lei Complementar nº 141/ 2012. Concordamos com Salvador (2015, p.13) quando defende que o estudo do financiamento da política social, e de sua gestão financeira, permite visualizar quais regras o governo obedece ao realizar o custeio dos programas e ações planejadas.

O financiamento federal destinado ao Tocantins refere-se aos recursos financeiros relacionados ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC); são transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) por meio do Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União – “Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade”. Para uma melhor visualização,

segue tabelas com o valor e repasse de recursos pelo FNS ao Fundo Estadual de Saúde do Estado do Tocantins (FES/TO).

Tabela 1 - Repasses por Bloco para o Fundo Estadual de Saúde em 2016.

Bloco	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
Assistência Farmacêutica	2.056.580,87	0	2.056.580,87
Média e Alta	271.584.210,03	2.742.239,59	268.841.970,44
Complexidade Ambulatorial Hospitalar			
Atenção Básica	276.935,49	0	276.935,49
Gestão do SUS	570.000,00	0	570.000,00
Investimento	5.891.823,50	0	5.891.823,50
Vigilância em Saúde	8.476.658,50	145.491,99	8.329.166,51
Total Geral	288.854.208,39	2.887.731,58	285.966.476,81

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (2016).

Tabela 2 - Repasses por Bloco para o Fundo Estadual de Saúde em 2017.

Bloco	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
Assistência Farmacêutica	1.649.476,11	0	1.649.476,11
Média e Alta Complexidade Ambulatorial Hospitalar	332.955.273,36	2.117.163,26	330.838.110,10
Atenção Básica	149.119,11	0	149.119,11
Gestão do SUS	522.000,00	0	522.000,00
Investimento	4.033.737,00	0	4.033.737,00
Vigilância em Saúde	7.738.805,85	0	7.738.805,85
Total Geral	347.048.411,43	2.117.163,26	344.931.248,17

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (2017).

Tabela 3 - Repasses por Bloco para o Fundo Estadual de Saúde em 2018.

Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde			
Bloco Custeio	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
Média e Alta Complexidade Ambulatorial Hospitalar	297.872.818,61	1.604.036,15	296.268.782,46
Atenção Básica	263.112,50	0	263.122,50
Vigilância em Saúde	8.813.592,49	50.000,00	8.763.592,49
Assistência Farmacêutica	1.998.200,85	0	1.998.200,85
Gestão do SUS	540.000,00	0	540.000,00
Atenção Especializada	272.800,00	0	272.800,00
Bloco Investimento	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
Atenção Especializada	880.010,00	0	880.010,00
Gestão do SUS	300.000,00	0	300.000,00
Assistência Farmacêutica	0	0	0
Total Geral	310.940.544,45	1.654.036,15	309.286.508,30

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (2018).

Tabela 4 - Repasses por Bloco para o Fundo Estadual de Saúde em 2019.

Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde

Bloco Custeio	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
Média e Alta	338.448.766,35	4.927.942,47	333.520.823,88
Complexidade			
Ambulatorial Hospitalar			
Atenção Básica	315.632,76	0,00	315.632,76
Vigilância em Saúde	8.798.890,27	0,00	8.798.890,27
Assistência	2.559.471,39	0,00	2.559.471,39
Farmacêutica			
Gestão do SUS	90.000,00	0,00	90.000,00
Atenção Especializada	0,00	0,00	0,00
Bloco Investimento	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
Atenção Especializada	1.104.980,00	0,00	1.104.980,00
Gestão do SUS	0,00	0,00	0,00
Assistência	0,00	0,00	0,00
Farmacêutica			
Total Geral	351.317.740,77	4.927.942,47	346.389.798,30

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (2019).

A tentativa de análise do orçamento destinado à oncologia no estado do Tocantins teve como espelho o período 2016-2019, referente ao último Plano Plurianual (PPA), LDO e LOA dos quatro anos desse período. Também houve um recorte das ações de atenção e prevenção do câncer presentes no Plano Estadual de Saúde do referido período. Para uma melhor visualização, o Plano Anual de Saúde (2016-2019) foi utilizado além das Programações Anuais de Saúde (PAS) do quadriênio e dos Relatórios Técnicos e Gerenciais.

O planejamento engloba os conceitos e a

estratégica do governo. O PPA tem como foco a organização da ação de governo nos níveis estratégico e tático. Já o Orçamento, responde pela organização no nível operacional. Os instrumentos de planejamento não devem ser apenas peças formais, que são três: PPA; LDO; e LOA – esta última responsável por registrar a previsão de arrecadação das receitas. Todas pertencem ao Estado e integram o patrimônio do Poder Público.

Os documentos do ciclo orçamentário estadual (LOA, LDO e PPA) encontram-se disponíveis no site da Secretaria de Planejamento do Estado do Tocantins e da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES/TO). “[...] O objetivo principal dessas leis é integrar as atividades de planejamento e orçamento visando a garantir a execução das políticas governamentais [...]” (SALVADOR, 2010a, p.175).

A PAS representa as ações que serão executadas pelo Fundo Estadual de Saúde e traz as previsões de ações e metas anuais, como também dos recursos financeiros a serem disponibilizados para a execução das propostas do Plano Estadual de Saúde. Já no PPA são definidas as prioridades do governo por um período de quatro anos.

A LDO dispõe sobre o equilíbrio entre receitas e despesas, como exigências para transferências de recursos a entidades privadas, contingenciamento de despesas e avaliação de programas. Nela, são estabelecidos e especificados os programas e ações governamentais prioritários a serem executados, e que são responsáveis por orientarem a elaboração da LOA.

Esta última se trata de uma Lei com previsão de receitas previstas e autorizadas, em consonância com o programa de governo e sujeita a alterações e autorização. Portanto: a LDO deve ser compatível com o PPA; e a LOA, com a LDO e o PPA.

O eixo relacionado ao orçamento estimado para a saúde e fixado no PPA (2016-2019) está denominado no Programa intitulado “Saúde para Todos”. Um título puramente eleitoral e que seguia o slogan do governo à época (“Governo mais perto de você”). De acordo com o PES (2016-2019), o PPA segue o plano de governo⁸² proposto durante a campanha eleitoral do governador Marcelo Miranda. Além disso, o planejamento estratégico institucional da maioria das secretarias municipais de saúde, entidades e do próprio Estado, validam como participação social a presença em encontros regionais.

Ocorreram encontros regionais de elaboração do Plano Plurianual (2016- 2019) a fim de colher informações sobre as prioridades de cada região para o planejamento geral do Estado do Tocantins. Os participantes foram representantes da sociedade civil organizada, poder municipal e representações públicas e civis.

O Ciclo Orçamentário no SUS, como já vimos, segue a elaboração da PPA, verificação e estimativa do orçamento da seguridade; a LDO e LOA, em consonância com a PAS. Monitorar, avaliar, revisar e planejar a execução, para que se possa visualizar a comprovação de aplicação dos recursos em saúde pelo Empenho, Liquidação e Pagamento.

Para verificar a disponibilidade orçamentária e financeira do SUS, é importante conferir a receita estimada e a arrecadação, assim como a receita estimada na LOA. Segue, para tanto, as receitas fixadas e realizadas no período analisado e que consta nas Leis de Diretrizes Orçamentárias do Ciclo Orçamentário do Estado do Tocantins do mesmo período.

Tabela 5 - Receita estimada e arrecadada pelo estado do Tocantins (2016-2019).

Ano	Metas Fiscais			
	2016	2017	2018	2019
Fixadas	10.136.271.000	11.136.271.00	10.731.209.00	10.261.028.30
		0	0	4
Realizadas	9.061.592.000	9.144.122.848	8.064.106.583	9.096.808.870

Fonte: Elaboração Própria. Com base na LDO (2016 a 2019).

De acordo com Salvador (2010a, p. 178), com base em Oliveira (2001), “o orçamento não se limita a uma peça técnica e formal ou a um instrumento de planejamento; ele é, desde suas origens uma peça de cunho político”. Ressalta que:

A decisão sobre o controle e direcionamento dos gastos do Estado e a fonte dos recursos para financiá-lo não é somente econômica, mas principalmente são escolhas políticas, refletindo a correlação de forças sociais e políticas atuantes e que têm hegemonia na sociedade. Os gastos orçamentários definem a direção e a forma de ação do Estado nas suas prioridades de políticas públicas (SALVADOR, 2010a, p. 178-179).

Quando se fala de desonerações e renúncias fiscais, trata-se não mais do que de abrir mão de

tributações orçamentárias em benefício de empresas, ou melhor, do setor privado (SALVADOR, 2015). Os incentivos ou benefícios dos quais decorram renúncia de receita podem não abranger todo o universo de desonerações. O contingenciamento é proibido se o orçamento disponível estiver abaixo do mínimo. “Na LDO é que são estipuladas as metas do resultado primário de cada orçamento, ou seja, é nesta peça orçamentária que é estabelecida a meta de superávit primário, utilizada a partir de 1999 para o pagamento de juros e amortização da dívida pública” (SALVADOR, 2010a, p. 178).

A LOA é o que podemos chamar de orçamento anual. Tem a finalidade de estimar as receitas do ano seguinte e fixar as despesas que serão realizadas com tais recursos. Trata-se de uma autorização de gastos para o exercício do ano. O orçamento autorizado para as ações de saúde do estado do Tocantins forma os valores expostos abaixo. Lembrando que o mesmo pode ser reduzido ou ampliado através de alterações/atualizações na LDO. Não foram verificadas as alterações pelo espaço de tempo analisado, já que não se trata do enfoque da pesquisa.

Na LDO, há previsões de mudanças no orçamento destinado à saúde, durante o percurso da efetivação das ações. Bem como um estimado previsto de valor das desonerações fiscais que poderão ser realizadas no exercício.

Tabela 6 - Estimado de Despesa para o Exercício 2016.

Fundo Estadual de Saúde (FES)	Recursos Ordinários do Tesouro	Recursos de Outras Fontes	TOTAL
	1.229.058.260	446.139.010	1.675.197.270

Fonte: Lei n.º 3.052 de 21 de dezembro de 2015. Publicada no Doe n.º 4.527.

Tabela 7 - Estimado de Despesa para o Exercício 2017.

Fundo Estadual de Saúde (FES)	Recursos Ordinários do Tesouro	Recursos de Outras Fontes	TOTAL
	1.236.903.260,00	4 95.238.000,00	1.732.141.260,00

Fonte: Lei n.º 3.177 de 28 de dezembro de 2016. Publicada no DOE n.º 4.775.

Tabela 8 - Estimado de Despesa para o Exercício 2018.

Fundo Estadual de Saúde (FES)	Recursos Ordinários do Tesouro	Recursos de Outras Fontes	TOTAL
	1.052.868.973,00	526.764.600,00	1.579.633.573,00

Fonte: Lei N.º 3.344 de 28 de dezembro de 2017. Publicada no DOE n.º 5.020.

Tabela 9 - Estimado de Despesa para o Exercício 2019.

A partir das tabelas acima, podemos visualizar qual o tamanho do orçamento saúde do Tocantins no quadriênio estipulado para análise da pesquisa em questão.

Fundo Estadual de Saúde (FES)	Recursos Ordinários do Tesouro	Recursos de Outras Fontes	TOTAL
	1.132.432.740,00	4 33.991.350,00	1.566.424.090,00

Fonte: Lei n.º 3.434 de 02 de abril de 2019. Publicada no DOE n.º 5.331.

4.3 Aproximações acerca da execução do orçamento previsto para a atenção oncológica do estado no Tocantins (2016 a 2019)

Nesse tópico, foi realizada a verificação da publicização e/ou transparência da execução orçamentária das ações orçamentárias planejadas, através das atividades inscritas no PPA e PAS. Nossa contextualização traz de forma detalhada de que forma não foi possível sua visualização em consulta ao portal da transparência do Tocantins, em consonância ao exposto nos instrumentos de planejamentos analisados conforme descrição em tópico anterior. “[...] Os gastos orçamentários definem a direção e a forma de ação do Estado nas suas prioridades de políticas públicas” (SALVADOR, 2015, p. 10-11). Os orçamentos previstos para a oncologia referente a 2016, 2017,

2018 e 2019 foram, respectivamente, R\$16.617.430,00, R\$ 23.153.133,00, R\$15.553.342,00 e R\$ 15.933.671,00.

Em síntese, devemos saber que a ação contribui para atender ao objetivo de um programa de governo. Já a atividade, é instrumento de programação utilizado para alcançar o objetivo de um programa do governo.

Tabela 10 - Execução orçamentária (estimada, empenhada, liquidada e paga) no ano 2016.

Ano 2016						
Ação LOA	Atividade	Fonte	Estimado (orçament o inicial)	Empen hado	Liquidad a	Pag o
APARELHAMENTO DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE ⁸⁶						
3006	Atividade: Adquirir Equip. para o HGP - Oncologia	240 - Investimen tos	461.255,0 0	N/C	N/C	N/C
3006	Atividade: Adquirir Equip. para o HRAUG - Oncologia	240 - Investimen tos	31.072,00	1.420,0 0	0,00	0,00
3006	Atividade: Adquirir Equip. para o HRGUA -Oncologia	240 - Investimen tos	73.379,00	1.420,0 0	0,00	0,00
3006	Atividade: Adquirir Equip. para o HRD - Oncologia	240 - Investimen tos	115.846,0 0	1.420,0 0	0,00	0,0
ORGANIZAÇÃO E VIABILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO						
4116	Ofertar serviços Radioterapia, Quimioterapia e Braquiterapia conforme as Diretrizes do Mistério da Saúde ao Sistema Único de Saúde	250 – Média e Alta Complexid ade Hospitalar 102 – Recurso Tesouro	4.898.448, 00 1.500.000, 00	N/C ⁸⁷	N/C	N/C

(SUS), para os
pacientes das
8 regiões de
saúde do
Tocantins.

REESTRUTURAÇÃO DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

3055	Executar obra de estruturação da unidade de oncologia - implantação radioterapia do	225 - Investimen tos/ Recurso de Convênio Federal	7.800.000,00			
		Recurso do Tesouro		N/C	N/C	N/C

3055	Reformar e adequar a unidade de alta complexidade de oncologia do Hospital Regional de Araguaína	102 - Serviços/ Recurso do Tesouro	600.000,00			
				N/C	N/C	N/C

QUALIFICAÇÃO DE LEITOS NO PONTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR

4153	Realiza a qualificação da atenção oncológica hospitalar das Unidades de Alta	250 – Média e Alta Complexidade Hospitalar	41.730,00			
				0,00	0,00	0,00

Complexidade
de Oncologia -
UNACON do
HGP e Hospital
Regional de
Araguaína

OFERTA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DIRETA AO CIDADÃO						
4113	-	-	-	-	-	-

Fonte: Elaboração Própria. Com base na PAS e RAG 2016, em consulta ao Portal da Transparência/TO.

Sabemos que as ações orçamentárias podem ser alteradas ou mesmo excluídas ao longo dos quatro anos de vigência do plano plurianual. No ano de 2016, a diferença com relação ao anos de 2017 a 2019 refere-se à manutenção da ação orçamentária (3006) que diz respeito ao aparelhamento dos pontos da rede de atenção a saúde, cujas atividades eram adquirir equipamentos para os hospitais de Araguaína, Augustinópolis, Guaraí e Dianópolis, respectivamente, com a previsão de recursos na seguinte ordem: R\$461.255,00; R\$31.072,00; R\$73.379,00; R\$115.846,00 (recurso de fonte de investimentos). Não foi realizada aquisição já que, neste caso, não foi possível visualizar no Portal da Transparência o empenho e nenhuma liquidação com execução financeira, além de nenhum registro de tal execução em relatórios.

Já com relação à ação orçamentária denominada Organização e viabilização dos serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico (4116), cuja atividade referente à oncologia se constituía em ofertar

serviços de radioterapia, quimioterapia e braquiterapia conforme as Diretrizes do Ministério da Saúde (MS) ao SUS para os pacientes do Tocantins. Não houve avanço na execução de tais atividades de forma geral. Verificou-se apenas a relacionada à oferta de radioterapia, quimioterapia e braquiterapia que se encontrava judicializada e terceirizada à época. Para tal atividade, foi previsto os valores de R\$4.898.448,00 (recurso de média e alta complexidade hospitalar) e R\$1.500.000,00 (recurso do tesouro).

Também se refere à organização e viabilização dos serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico e de procedimentos contratualizados além dos necessários ao paciente oncológico: a contratação de empresa para fornecimento de passagens aéreas e terrestres para paciente em TFD; radioterapia e quimioterapia para os pacientes oncológicos do estado em outro território; hospedagens e alimentação para os pacientes oncológicos, por exemplo. Entretanto, não há essas atividades específicas em todas as ações orçamentárias analisadas.

Ainda assim, atividades ligadas à contratação dos serviços também podem ser consideradas da área da oncologia, por terem relação com o processo de prevenção, diagnóstico e tratamento de neoplasias, são elas: oferta de exames de citopatologia; anatomopatológico; radiologia convencional; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ressonância magnética e mamografia.

Ao analisar o detalhamento no Portal da Transparência, por estar em um mesmo montante da

mesma fonte de pagamento, não permite visualizar sua materialização, devido não haver separação no que pode ter sido pago. Não houve acesso ao histórico de pagamento do contrato realizado para a dispensa de licitação imposta judicialmente com início no ano de 2015. Concluímos que foi destinado o maior montante ao pagamento de serviços de radioterapia, quimioterapia e braquiterapia à empresa privada contratada.

Com relação à ação orçamentária referente à qualificação de leitos no ponto de atenção hospitalar (4153), cuja atividade relacionada à atenção oncológica se tratava da realização da qualificação da atenção oncológica hospitalar das Unacons HGP e HRA, não houve execução do valor de R\$41.730,00 (recurso da alta e média complexidade) que estava previsto para a atividade, em 2016. Porém, não podemos deixar de citar a ação 4029, da coordenação da RAS, que mesmo sem nenhuma atividade específica na descrição da ação, talvez tenha desenvolvido algumas ligadas à rede de atenção oncológica, por estas estarem presentes junto a de outras áreas. Isso nos leva ao entendimento de que, mesmo que seja verificada a execução orçamentária das referidas ações, não é possível contabilizar ou mesmo ilustrar em tabela o gasto da área.

Todavia, de acordo com os registros no relatório anual, foi possível compreender o planejamento e a execução das atividades da gestão da Rede de Atenção Oncológica no período em que foram programadas doze atividades na ação 4029, das quais

10 (dez) foram executadas.

Tabela 11 – Execução das atividades da Rede de Atenção Oncológica em 2016.

Total previsto	Orçamentário	Orçamento Executado	Percentual executado
R\$251.295,00		R\$65.098,57	25,90%

Fonte: Elaboração Própria. Com base na PAS e RAG 2016, em consulta ao Portal da Transparência/TO.

Em resumo, para a execução das atividades da Rede de Atenção Oncológica no período (2016), foi realizado apoio matricial a alguns municípios para o desenvolvimento de ações e políticas de enfrentamento ao tabagismo; cursos de capacitação; implementação de ações de detecção do câncer em estágios iniciais, por meio de rastreamento (screening) e diagnóstico precoce; visitas técnicas com foco em ações de detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama, na região de saúde Ilha do Bananal; visitas técnicas de Monitoramento Externo da Qualidade em laboratórios de citologia, credenciado ao SUS; participação de servidor no encontro técnico de avaliação das ações em vigilância e registro de câncer; elaboração de material gráfico sobre câncer de colo de útero e mama, para o desenvolvimento de ações em saúde; elaboração de material gráfico Promoção de Saúde e Controle do câncer; reprodução de formulários para Citopatológico e Histopatológico da Mama e de Requisição de Exame Citopatológico do Colo do Útero; visita técnica de monitoramento e avaliação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em

Oncologia (UNACON), do Serviço de Referência para diagnóstico do câncer de colo (SRC) e Serviço de Diagnóstico de Mama (SDM).

É previsto recurso em outras ações para concessão de diárias. De acordo com os registros no relatório de gestão, a participação da equipe em quatro reuniões técnico-científicas foi custeada pelos organizadores do evento: INCA/MS, ao que foi repassado o recurso de R\$70.000,00 para OPAS, de acordo com o Termo de Cooperação Técnica assinado pela SES/TO, que visava desenvolver o projeto “Fortalecimento e aperfeiçoamento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde no Estado do Tocantins”.

Com relação à ação orçamentária que trata da Reestruturação dos pontos de rede de atenção à saúde (3055), no ano de 2016, cujas atividades referentes à oncologia consistiam em: executar obra de estruturação da unidade de oncologia e implantação radioterapia do HGP (contrapartida R\$800.000,00), com recurso de convênio federal no valor de R\$7.800.000,00; executar obra de ampliação para implantação do serviço de referência de diagnóstico e tratamento das lesões precursora do câncer de colo do útero no Hospital de Guaraí (contrapartida R\$13.157,00), com recurso de convênio federal no valor R\$250.000,00; ampliar o espaço físico do serviço de Radioterapia do HRA para receber o segundo acelerador linear, com recurso de convênio federal no valor de R\$245.700,00 e recurso do tesouro no valor de R\$600.000,00; reformar e adequar a unidade de alta complexidade de oncologia

do Hospital Regional de Araguaína, recurso do tesouro previsto no valor de R\$600.000,00.

Não houve quase nenhuma execução devido às paralisações de obras (Investimentos) no decorrer do exercício, por dificuldades de execuções financeiras, além de atualizações de projetos, pois se tratava de recursos de convênios que, para serem liberados, precisaram de vistoria da Caixa Econômica Federal para saber se entendiam as especificações. Fica posta, portanto, a responsabilidade da área técnica de Arquitetura e Engenharia dos Estabelecimentos de Saúde, com sede na SES/TO, em alinhar essas questões – o que acreditamos fica a desejar mesmo com mudanças em seus quadros de recursos humanos ao longo das gestões e mudanças de governo.

A execução do projeto referente à obra correspondente à estrutura da unidade de oncologia, com implantação da radioterapia do HGP, dependia do processo ter seguimento. Após inserção de toda a documentação necessária, seguiria os trâmites de Licitação, na modalidade de Regime Diferenciado de Contratação (RDC), com execução indireta e sob contratação integrada, conforme a lei permite. Da mesma forma, a obra de ampliação para implantação do serviço de referência de diagnóstico e tratamento da lesão precursora do câncer de colo do útero e do câncer de mama no Hospital de Guaraí teve problemas com relação a documentos e até mesmo com a modalidade de licitação. Foi arquivado o processo e autuado um novo que, após a inserção de toda a documentação necessária, seguiu os trâmites normais de Licitação.

Essas, porém, tratam-se das tentativas do referente período de 2016.

A ampliação do espaço físico do serviço de radioterapia do Hospital de Araguaína para receber o segundo acelerador linear estava sem execução financeira. Em 2014, foi licitada a execução da obra que por duas vezes não obteve propostas. Com a possibilidade de alteração do projeto, em razão da autorização da CNEN, seguiu os trâmites normais de Licitação após inserção da documentação necessária. Ao que tudo indica, o orçamento destinado às atividades referentes a tais reformas e ampliações não teve execução financeira no referido ano de 2016.

Em relação às outras ações e atividades do referido exercício, foi devido à falta de detalhamento na fonte pagadora. Por exemplo, na ação orçamentária que trata da oferta da assistência à saúde de média e alta complexidade direta ao cidadão (4113), observou-se várias atividades para oferta de assistência à saúde de média e alta complexidade e nenhuma específica em oncologia. Ao que podemos prever o gasto relacionado a medicamentos e materiais de consumo, dentre outros gastos que englobam o atendimento à atenção oncológica direta.

Todavia, os recursos destinados estão em conjunto nessa ação. Poderíamos identificar, se houvesse detalhamento, o gasto com contratação de prestação de serviços de exames complementares para identificação diagnóstica como serviços de mamografia, radiologia intervencionista, entre outros que propiciem assistência ao paciente oncológico.

Tabela 12 - Execução orçamentária (estimada, empenhada, liquidada e paga) no ano 2017.

Ano 2017

Ação LOA	Atividade	Fonte ⁹³	Estimado (orçamento inicial)	Empenhado	Liquidado	Pago
ORGANIZAÇÃO E VIABILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO						
4116	Ofertar procedimento de oncologia na Rede Privada complementar	102 - Recurso do Tesouro	5.898.448,00	N/C	N/C	N/C
REESTRUTURAÇÃO DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE						
3055	Construir novo Hospital Geral de Palmas - HGP os ambientes necessários para a UNACON (2.360 m²)	225 - Investimentos/Recurso de Convênio Federal	4.100.000,00	N/C	N/C	N/C
3055	Construir o Núcleo de Referência do Câncer de colo de Útero e de Mama no	225 - Investimentos/Recurso de Convênio Federal	589.726,00	N/C	N/C	N/C

	Hospital Regional de Guaraí (260 m²)					
305	Reformar	225-	2.452.959,			
5	360 m² de área física da Oncologia do Hospital Regional de Araguaína	Investiment os/ Recurso de Convênio Federal	00	N/C	N/C	N/C
305	Reformar e	102 -	600.000,00			
5	adequar o Bunker da oncologia	Serviços/ Recurso do Tesouro		N/C	N/C	N/C
	do Hospital Regional de Araguaína (65 m²)					
OFERTA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DIRETA AO CIDADÃO						
411	Ofertar	250 –	9.512.000,			
3	atenção oncológica na Unidade de alta complexida de em oncologia - UNACON	Média e Alta Complexida de Hospitalar	00	N/C	N/C	N/C

Fonte: Elaboração Própria. Com base na PAS e RAG 2017, em consulta ao Portal da Transparência/TO.

O Relatório Anual de Gestão 2017 (RAG) cita que, nesse no exercício de 2017, foi dada a ordem para o início da construção do Núcleo de Referência do Câncer de colo de Útero e de Mama no Hospital Regional de Guaraí. Informa, também, que a autorização da obra para construir, no Hospital Geral de Palmas, dois ambientes necessários para a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, estava até o referente período sem execução financeira.

Essa informação encontra-se no orçamento previsto na ação orçamentária que trata da reestruturação dos pontos da rede de atenção à saúde (3055), para o exercício do ano 2017, cujas atividades e previsões de recursos são: construir no HGP os ambientes necessários para a UNACON (2.360 m²), com recurso de convênio federal previsto no valor de R\$4.100.000,00; construir o Núcleo de Referência do Câncer de Colo de Útero e de Mama no Hospital de Guaraí (260 m²), com recurso de convênio federal previsto no valor de R\$589.726,00; reformar 360 m² de área física da oncologia do Hospital de Araguaína, com recurso de convênio federal previsto no valor de R\$2.452.959,00; reformar e adequar o Bunker da oncologia do Hospital Regional de Araguaína (65 m²), com recurso do tesouro previsto no valor de R\$600.000,00.

Em análise do detalhamento por fonte, da ação orçamentária que trata da reestruturação dos pontos da rede de atenção à saúde 3055 (ano 2017), em referência às atividades da oncologia, não foi possível visualizar a execução orçamentária. Em primeiro lugar,

não há a descrição do detalhamento da fonte na Programação Anual de Saúde 2017 (PES), o que dificulta a identificação dos valores executados no Portal da Transparência. Todavia, na análise do RAG 2017, constavam informações que se enquadravam nas respectivas atividades descritas no parágrafo acima.

Com relação à ação orçamentária denominada Oferta da assistência à saúde de média e alta complexidade direta ao cidadão (4113), ano 2017 da PAS, a falta de descrição da fonte e seu detalhamento não permitiram a identificação da execução do orçamento previsto para a atividade: ofertar atenção oncológica na UNACON com recurso da alta e média complexidade no valor previsto de R\$9.512.000,00. Porém, trata de realização de procedimentos de atenção oncológica nas unidades da alta complexidade, com probabilidades de remanejamento para o setor privado. O mesmo se repete com relação à ação orçamentária denominada organização e viabilização dos serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico (4116), cuja atividade – ofertar procedimento de oncologia na rede privada complementar com recurso do tesouro previsto no valor de R\$5.898.448,00 – já prevê e possui destinação à rede complementar privada.

O teto financeiro (valor anual) da Média e Alta Complexidade (MAC) do Tocantins, quanto aos serviços de radioterapia e braquiterapia, foi remanejado até a competência julho/2017 para o estado do Maranhão, com a justificativa de conclusão da obra de adequação do bunker da UNACON/HRA. Esta situação permaneceu a mesma até a realização de um

processo licitatório e a contratação da empresa vencedora, como prestadora, ao final do mês de maio de 2020.

Devemos entender que as ações orçamentárias e as suas atividades não são fixas, o que tornou a peça difícil de ser analisada. A PAS de cada ano é um espelho para verificar como se deu a utilização dos recursos; a de 2017 já descreve a previsão de realocação em cada valor estimado. Esse movimento se torna um véu para percebemos como se dá a execução orçamentária a partir de seu planejamento, que se tornou um ponto de partida para esse fim. Percebemos já a partir da análise do ano de 2016 uma verdadeira distonia, pois “ao executar o orçamento aprovado, o Executivo terá menor área de manobra para efetuar alterações [...]” (KHAIR, 2006, p. 358). Ao contrário, pouca ou nenhuma execução das atividades programadas.

É possível perceber, no referente ano de 2017, que devemos ter uma preocupação com relação à transparência da destinação e materialização das ações de saúde do Estado do Tocantins. Ao buscar o relatório anual de gestão na página da Controladoria Geral do Estado do Tocantins (também com link no Portal de Transparência do Tocantins), não há nenhum arquivo em anexo no ano de 2017, o que chama atenção, pois deveria haver o RAG, o Relatório e Parecer de Auditoria. Utilizou-se, portanto, o arquivo disponível no link do setor de planejamento da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins.

Tabela 13 - Execução orçamentária (estimada, empenhada, liquidada e paga) no ano 2018.

Ano 2018

Ação LOA	Atividade	Fonte	Estimado (orçament o inicial)	Empenha do	Liquidada	Pago
Organização e viabilização dos serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico						
4116	Ofertar procedimen to de oncologia na Rede Privada complement ar	102 - Recurso do Tesouro	500.000,0 0	N/C	N/C	N/C
REESTRUTURAÇÃO DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE						
3055	Construir no Hospital Geral de Palmas - HGP os ambientes necessários para a UNACON (2.360 m²)	225 - Recurso de Convênio Federal 102 - Recurso do Tesouro	2.628.028, 00 600.000,0 0	N/C	N/C	N/C
3055	Construir o Núcleo de Referência do Câncer de colo de Útero e de Mama no Hospital	225 - Recurso de Convênio Federal 102 - Recurso do Tesouro	300.000,0 0 26.314,00	N/C	N/C	N/C

Regional de
Guaraí
(260 m²)

3055	Reformar 360 m² de área física da	225 - Recurso de Convênio Federal	3.500.000, 00	N/C	N/C	N/C
Oncologia do Hospital Regional de Araguaína						
3055	Reformar e adequar o Bunker da oncologia do Hospital Regional de Araguaína (65 m²)	102 - Recurso do Tesouro	425.000,0 0	N/C	N/C	N/C
OFERTA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DIRETA AO CIDADÃO						
4113	Ofertar atenção oncológica na Unidade de alta complexida de em oncologia - UNACON	250 - Média e Alta Complexid ade Hospitalar	7.574.000, 00	N/C	N/C	N/C

Fonte: Elaboração Própria. Com base na PAS e RAG 2018, em consulta ao Portal da Transparência/TO.

A ação orçamentária denominada organização e viabilização dos serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico (4116), referente a serviço e procedimento contratualizado do exercício 2018, teve como atividade específica ofertar procedimento de oncologia na Rede Privada complementar, com recurso do tesouro previsto no valor de R\$500.000,00. Outras duas atividades relacionadas à contratação dos serviços de diagnóstico e laboratorial devem ser consideradas da área da oncologia, por comporem o processo de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Infelizmente, a atividade acima possui a fonte 102 (Fonte do Tesouro) que não possui detalhamento, como já referido, e também pouca informação na PAS 2018, o que dificulta e não permite qualquer análise no detalhamento de execução de trabalhos na área oncológica do Portal da Transparência. Não localizei nenhum filtro sobre atividades da ação selecionada, o que também poderia facilitar a visualização do que consta nos instrumentos de planejamento da SES/TO.

Quanto à ação orçamentária que se trata da reestruturação dos pontos da rede de atenção à saúde (3055), para o exercício do ano 2018, as atividades e previsões de recursos são: construir no HGP os ambientes necessários para a UNACON (2.360 m²), com recurso de convênio federal previsto no valor de R\$2.628.028,00 e recurso do tesouro previsto no valor de R\$600.000,00; construir o Núcleo de Referência do Câncer de Colo de Útero e de Mama no Hospital de Guaraí (260 m²), com recurso de convênio federal

previsto no valor de R\$300.000,00 e tesouro previsto no valor de R\$26.314,00; reformar 360 m² de área física da oncologia do Hospital de Araguaína, com recurso de convênio federal previsto no valor de R\$3.500.000,00; reformar e adequar o Bunker da oncologia do Hospital Regional de Araguaína (65 m²) com recurso do tesouro previsto no valor de R\$425.000,00. Nesse ano, teve acréscimo na previsão de recursos do tesouro para algumas atividades e aumento do valor de outras fontes.

Em relação à ação orçamentária anterior e suas atividades analisadas, como também à ação orçamentária Oferta da assistência à saúde de média e alta complexidade direta ao cidadão (4113) – atenção oncológica na UNACON, com recurso de convênio federal previsto no valor de R\$7.574.000,00 –, não foi possível visualizar a execução orçamentária para nenhuma atividade referente à oncologia para tais ações.

No exercício 2018, a reforma e adequação do Bunker da oncologia do Hospital de Araguaína entraram em sua segunda fase, de acordo com o relatório anual de gestão. Nesse sentido, o projeto e subprojeto previsto na PAS, e relacionado à obra de construção no HGP dos ambientes necessários para a UNACON no referente período, estavam licitados e a empresa em fase de elaboração dos projetos – para que fossem analisados pela Caixa Econômica Federal.

A construção do centro de referência para diagnóstico e tratamento das lesões percursoras do câncer de colo de útero e do câncer de mama do

Hospital de Guaraí teve a ordem de início em 27 de novembro 2018 e ordem de paralisação, em 15 de março de 2018. Os projetos e planilhas foram revistos para autuação de novo processo e até o momento não houve andamento, ou melhor, a execução financeira.

Com relação à ampliação do espaço físico do serviço de radioterapia do HRA, para receber o segundo acelerador linear, a ordem de início da obra foi a data de 17 de março de 2017 e a de conclusão com ordem de recebimento, em 15 de dezembro do mesmo ano. Essa ampliação (segunda fase) deu início à obra em 08 de maio de 2018, com conclusão no segundo quadrimestre e execução financeira de R\$358.159,98, um pouco abaixo do previsto no ano anterior (R\$ 425.000,00).

A fonte 102 (recurso do tesouro) foi suplementar à ação orçamentária de oferta da assistência à saúde de média e alta complexidade direta ao cidadão (4113), com realocação de recursos de uma ação a outra. Sobre esta última, da PAS 2018, a falta de descrição da fonte e seu detalhamento não permitiram a identificação da execução do orçamento previsto no Portal da Transparência/TO. Ao buscar o relatório anual de gestão na página da Controladoria Geral do Estado do Tocantins (também com link no Portal de Transparência/TO) consta apenas o Relatório e Parecer de Auditoria.

São várias atividades em uma ação orçamentária e tornou-se impossível identificar a execução orçamentária do que foi previsto para a área da oncologia a partir do Plano Estadual de Saúde

(PES). Se formos pensar no atendimento integral ao paciente oncológico diagnosticado com alguma neoplasia, visualizar toda essa execução é um tanto dificultoso. Trata-se também de atendimento a demandas judiciais, principalmente dentro das ações Organização e viabilização dos serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico (4116) e Oferta da assistência à saúde de média e alta complexidade direta ao cidadão (4113). O atendimento perpassa os exames laboratoriais, medicamentos e materiais hospitalares que deveriam ter um detalhamento na fonte de recursos com gastos para a oncologia, o que nos permitiria visualizar no Portal.

Na construção do projeto de pesquisa e do processo de coleta de dados, inicialmente não foi pensado dois setores aos quais deveriam ser solicitados dados: superintendência de aquisição estratégica e logística e o jurídico. O primeiro, por realizar o processo de compra e aquisição de medicamentos e material de consumo; o segundo, por atender às demandas judiciais. Todavia, pela pela grande rotação de profissionais, não é possível afirmar se os mesmos teriam relatórios gerenciais, alimentados pelos próprios técnicos, que nos permitissem visualizar os gastos com oncologia ou despesas com restos a pagar. Não podemos esquecer que tal relatório tem um montante, sem separação, de áreas específicas, o que requer análise minuciosa para verificação.

Ações de média e alta complexidade hospitalar estão vinculadas a diferentes áreas e englobam um teto que acaba por suprir todas essas. Algumas

aproximações vieram a partir de consulta técnica a profissional do setor de planejamento da SES/TO. Formado na área contábil, profissional de carreira e vinculado à controladoria geral do estado do TO, ele propiciou um olhar real sobre o percurso da pesquisa, descortinou algumas dúvidas e desconstruiu interpretações equivocadas anteriormente.

A ação orçamentária denominada Organização e viabilização dos serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico (4116) referente a serviço e procedimento contratualizado do exercício 2018, teve como atividade específica ofertar procedimento de oncologia na Rede Privada complementar com recurso MAC, previsto no valor de R\$1.792.259,00, e recurso do tesouro, no valor de R\$700.000,00. Quanto à ação orçamentária que trata da reestruturação dos pontos da rede de atenção à saúde (3055), para o exercício do ano 2019, as atividades e previsões de recursos são: reforma e adequação da UNACON do Hospital de Araguaína com recurso de convênio federal previsto no valor de R\$2.000.000,00 e recurso do tesouro previsto no valor de R\$1.804.846,00; construir no HGP os ambientes necessários para a UNACON (2.360 m²), com recurso de convênio federal previsto no valor de R\$1.500.000,00; construir o Núcleo de Referência do Câncer de Colo de Útero e de Mama no Hospital de Guaraí (260 m²), com recurso de convênio federal previsto no valor de R\$300.000,00 e recurso do tesouro previsto no valor de R\$200.000,00.

Já a ação orçamentária Oferta da assistência à

saúde de média e alta complexidade direta ao cidadão (4113), cuja atividade é ofertar atenção oncológica na UNACON, tem recurso MAC previsto nos valores de R\$5.786.566,0 e R\$1.200.000,00, e recurso do tesouro nos valores de R\$150.000,00 e R\$500.000,00.

Tabela 14 - Execução orçamentária (estimada, empenhada, liquidada e paga) no ano 2019.

Ano 2019						
Ação LOA	Atividade	Fonte	Estimado (orçamento inicial)	Empenhad o	Liquida da	Pag o
Organização e viabilização dos serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico						
4116	Ofertar procedimento de oncologia na Rede Privada complementar	250 – Média e Alta Complexid ade Hospitalar	1.792.259,00			
		102 - Recurso do Tesouro	700.000,00	N/C	N/C	N/C
REESTRUTURAÇÃO DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE						
	Reforma e Adequação da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON do Hospital Regional Araguaína	225 - Recurso de Convênio Federal 102 - Recurso do Tesouro	2.000.000,00 1.804.846,00	 N/C	 N/C	 N/C

3055	Construir no Hospital Geral de Palmas - HGP os ambientes necessários para a UNACON (2.360 m²)	225 - Recurso de Convênio Federal	1.500.000,00	N/C	N/C	N/C
		225 - Recurso de Convênio Federal	300.000,00			
	Construir o Núcleo de Referência do Câncer de colo de Útero e de Mama no Hospital Regional de Guaraí	102 - Recurso do Tesouro	200.000,00	N/C	N/C	N/C

OFERTA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DIRETA AO CIDADÃO						
4113	Ofertar atenção oncológica na Unidade de alta complexidade em oncologia - UNACON	250 - Média e Alta Complexidade Hospitalar 102 - Recurso do Tesouro	5.786.566,0 1.200.000,00 150.000,00 500.000,00	N/C	N/C	N/C

Fonte: Elaboração Própria. Com base na PAS e RAG 2019, consulta ao Portal da Transparência/TO.

Com relação ao Exercício 2019, o relatório anual de gestão diz que o tratamento em radioterapia

externa, realizado pelo serviço de radioterapia de complexo hospitalar, atendeu “toda” a demanda da Região Macro Centro Sul, sem registro de fila de espera para início do tratamento. O material aponta que também houve ordem para o início da contratação integrada de empresa especializada – com fornecimento de mão de obra e material para prestação de serviços de elaboração de projetos executivos – para execução da construção da UNACON/HGP.

Já com relação à Construção do Centro de Referência para Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama, do Hospital Regional Público de Guaraí, esta estava sem execução financeira e com ordem de paralisação em 15 de Março de 2018 (DOE n.º 5.092), conforme rescisão contratual por desistência da empresa; em continuidade da obra, foi autuado para nova licitação. Infelizmente, não estava disponível até o início de 2021 o relatório de 2020, que poderia atestar o seu andamento.

A ação orçamentária 4113 se refere a um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento realizado em ambiente hospitalar (média e alta complexidade). O recurso previsto, quando não alocado para outra ação, e vice-versa, no período estava direcionado ao privado e/ou pactuado com transferência para outro estado (privado). Novamente, ao buscar o relatório anual de gestão na página da Controladoria Geral do Estado do Tocantins (também com link no Portal de Transparência/TO) consta apenas o Relatório e Parecer de Auditoria.

Sobre os contratos referentes aos serviços de oncologia do estado do Tocantins, firmados junto à iniciativa privada, ressalta-se que a Gestão Estadual possui duas UNACONs. Estas são destinadas ao tratamento oncológico e estão localizadas no município de Palmas e Araguaína.

Outrora, em processo de coleta de dados junto a SES/TO, havíamos sido informadas que o grande fornecedor de insumos e medicamentos da oncologia é a empresa Onco Prod Distribuidora de Produtos Hospitalares e Oncológicos. Para tanto buscou-se no Diário Oficial do Estado do Tocantins os dados referentes a atas de registro de preços, extratos de contratos e aditivos publicados. Com referências aos dois últimos, aparece apenas o extrato de contrato n.º 146/2016, com valor total de R\$2.997.871,28, e não foi possível a sua visualização no Portal da Transparência após consulta. Em consulta a um técnico da Secretaria, obtivemos a informação de que não houve aditivo para o contrato, que tinha vigência entre 02 de dezembro de 2016 a 02 de dezembro de 2017, com a utilização de R\$2.009.682,68, ou seja, houve execução financeira de 67,4% do valor do contrato. Também localizamos uma publicação de Dispensa de Licitação para aquisição de medicamento oncológico da referida empresa, em atendimento à demanda judicial para fornecimento por um período de seis meses no valor total de R\$251.769,60.

Para o exercício de 2016, foi realizada uma Dispensa de Licitação em favor do Centro Integrado de Tratamento Oncológico Ltda., no valor total de

R\$5.242.431,60 pela Fonte 250 (Teto MAC) e 102 (Recurso do Tesouro Estadual); contrato este com vigência de 180 dias, conforme demanda judicial. Quanto ao valor executado desse saldo, não se visualizou no Portal da Transparência. Novamente, seria necessária a disponibilidade e consulta do fiscal de contrato da área responsável.

Ao fim, não encontramos nenhum contrato vigente com empresa para fornecimento específico de material hospitalar e medicamento oncológico no Portal da Transparência em consulta a contratos. Essa questão nos remete a relato anterior de que deveriam ter sido solicitados relatórios para a área responsável pela aquisição e para o setor jurídico, quanto ao atendimento de demandas judiciais, que vai desde medicamentos à ajuda de custo - que deveria estar pactuado e gerenciado pelo TFD Estadual.

Com relação ao Tratamento Fora do Domicílio, o estado do Tocantins manteve Pactuação Interestadual entre o Estado do Tocantins e o Município de Goiânia/GO, para transferência dos pacientes do Tocantins para Goiânia em Atendimento de Alta Complexidade do ano de 2008 ao mês de fevereiro do ano de 2017. Com relação ao período de março de 2016 a fevereiro de 2017, houve aprovação do repasse financeiro anual de R\$ 1.200.000,00 do Teto Financeiro Global do Estado do Tocantins para o Fundo Municipal de Saúde de Goiânia, equivalentes a 12 (doze) parcelas mensais de R\$ 100.000,00, conforme Resolução CIB/TO n.º 005/2016 de 19 de fevereiro de 2016, publicada no DOE nº 4.785 de 13

de Janeiro de 2017.

Também manteve Pactuação/Convênio para Repasse de Recursos entre os estados do Tocantins e do Maranhão referentes aos Serviços de Radioterapia e Braquiterapia entre agosto de 2016 e 2017, e entre julho de 2017 e junho de 2017, com o valor mensal de R\$ 173.350,06, totalizando R\$ 2.080.200,60, para ressarcimento pelos atendimentos realizados pelo estado do Maranhão aos pacientes do estado do Tocantins.

A esse movimento do real, podemos frisar que nem sempre há relatórios ou controle dos andamentos e, portanto, uma resistência ou fechamento das áreas com relação a liberação de dados, mesmo para um projeto de pesquisa submetido e regulado pela área competente na SES/TO.

Como já bem explícito ao longo da narrativa, os ajustes ocorridos em 2015 e 2016, respectivamente, através da Emenda Constitucional n.º 086 e n.º 095, provocaram mudanças até mesmo constitucionais no financiamento da saúde brasileira. A União publicou a Portaria do Ministério da Saúde n.º 3.992, de 28 de dezembro 2017, que trata de alteração das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. Definindo a transferência de recursos em apenas dois blocos: o Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Isso causou uma grande dificuldade até mesmo na identificação de recursos destinados a determinada

ação ou política de saúde determinada. Já que a transferência de recursos financeiros passou a ser somente para duas contas, ao que se reflete na própria dificuldade de reconhecimento e/ou visualização do gasto com a oncologia em relação à mudança nos blocos de financiamento que ocorreu em 2017. Embora essa não seja a única dificuldade ou mesmo empecilho.

Em 2018, já havia o detalhamento para o Teto Mac (Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade) de recursos da saúde do Tocantins para as fontes analisadas. Até 2017, era o detalhamento 1715; depois, passou a ser o 2790 e o 2791. Com o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), passou a ter detalhamentos novos.

Portanto, o detalhamento 1715 passou a ser o 2754, que detalhou o recurso destinado a oncologia, e ficou no detalhamento 2790. Sabemos que essa linguagem contábil pode ser bastante dificultosa, mas não há outra forma de citarmos além da numeração apontada nos relatórios de recursos. Recomendamos um estudo no manual do orçamento do estado do Tocantins disponível no portal da Secretaria da Fazenda.

Ao solicitar informalmente o relatório ao setor de execução orçamentária, foi informado que o detalhamento não confere porque a despesa está englobada no detalhamento total da fonte, não sendo possível visualizar. Não foi criado um detalhamento específico para controle do gasto da oncologia. O recurso que cai para a oncologia vai para o

detalhamento do Teto Financeiro X. Segundo informe técnico, não é “correto” ficar criando um detalhamento de despesas para cada política de saúde. Considero ser preciso um jogo político de interesse e do controle social.

Sabe-se, desde então, que as áreas técnicas não fazem nenhum controle e relatório. Além da pouca ou nenhuma disposição em responder seja via submissão projeto de pesquisa (sem emissão formal de aprovação pelo setor regulador em nenhum momento da pesquisa), por ser objeto que atenda à lei de acesso à informação, entre outras questões até mesmo de compreensão/conhecimento do fluxo exigido por portaria institucional e de “transparência”, havendo mesmo a interpretação de se tratar de informação “sigilosa”. Ouviu-se também, muitas vezes, que a atenção à saúde estava toda voltada à demanda da Covid-19 e para o cumprimento das ações de combate.

A Ação da LOA 4113 (Oferta da Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade Direta ao Cidadão) tem oncologia, mas é destinada à manutenção das unidades hospitalares de forma geral. É preciso destacar que a despesa com a atenção oncológica de média e alta complexidade vai desde o gasto com lavanderia, alimentação, recursos humanos, materiais permanentes e de consumo, até a própria oferta do serviço que em grande parte encontra-se terceirizada, bem como as outras citadas.

Embora consigamos visualizar ações planejadas, com relação à contabilidade, não há ação orçamentária específica para oncologia. Há apenas

detalhamento da fonte, não há conta específica para ações. Assim, medicamento é um material de consumo. Se houvesse um subelemento ou subitem seria possível identificar o gasto com medicamentos dentro do relatório de execução orçamentária, bem como todo o gasto referente à oncologia em relatórios emitidos pelo financeiro. Nesta análise, criou-se tabelas de como poderíamos visualizar no Portal da Transparência, conforme a PAS/RAG.

As tabelas mostram o histórico de contratos e pagamentos, ou seja, de execução orçamentária do saldo previsto para os contratos de serviços de oncologia no estado do Tocantins, no período de 2017 até o ano atual em contratos e aditivos vigentes até então.

Tabela 15 - Histórico do Contrato n.º 136/2017
(ONCORADIUM)

Assunto (Processo:	Valor Utilizado (PAGO)	Saldo do Contrato
000398/2017)		
Contratação de empresa	R\$ 14.144.505,88	R\$ 2.422.571,94
especializada para prestação		
de serviços de alta		
complexidade em Oncologia		
Clínica e Radioterapia para		
UNACON/HRA		

Fonte: Elaboração Própria. Extrato de Acompanhamento de
Processo 15 de Fev/2021 (SES/TO).110

Tabela 16 - Histórico do Contrato n.º 188/2018 (IRRADIAR)

Assunto (Processo:	Valor Utilizado (PAGO)	Saldo do Contrato
005576/2018)		
Contratação por inexigibilidade de licitação de Clínica Médica Oncológica para prestação de serviços em radioterapia para UNACON/HGP	R\$ 4.029.823,00	R\$ 2.236.086,08

Fonte: Elaboração Própria. Extrato de Acompanhamento de Processo 15 de Fev/2021 (SES/TO).

Tabela 17 - Histórico do Contrato n.º 057/2020 (ONCORADIUM)

Assunto (Processo:	Valor Utilizado (PAGO)	Saldo do Contrato
003118/2020)		
Contratação de empresa para prestação de serviços de Radioterapia e Braquiterapia, Consulta médica em Atenção Especializada e Procedimento com finalidade Diagnóstico para UNACON/HRA	R\$ 601.115,92	R\$ 1.619.575,88

Fonte: Elaboração Própria. Extrato de Acompanhamento de Processo 15 de Fev/2021 (SES/TO).

As tabelas demonstram que o montante de fundo público da Política de Saúde na Atenção Oncológica de Alta Complexidade tem sido capturado pelo setor privado. Também é possível observar como as medidas de melhoria estruturais dos estabelecimentos de alta complexidade do Tocantins têm sido frustradas pela dificuldade em processos licitatórios, contratação de recursos humanos e até de abastecimento. Interesses públicos não deviam ser

terceirizados e entregues ao privado. Sem levar em conta o período analisado somente, ilustrou-se o quanto de repasse ao serviço terceirizado foi realizado desde a assinatura até a primeira quinzena de fevereiro de 2021.

4.4 A privatização de serviços da oncologia do Tocantins: do sucateamento à entrega dos serviços ao setor privado

O estado do Tocantins possui duas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia habilitadas junto ao Ministério da Saúde, instaladas em duas macrorregiões do estado. Na Região Macro Sul (UNACON/HGP), os serviços são: quimioterapia, oncologia cirúrgica, onco-hematologia e onco-pediátrica; desde agosto de 2018, também oferta serviços terceirizados de radioterapia e braquiterapia. Na Região Macro Norte (UNACON/HRA), oferece: radioterapia, braquiterapia, quimioterapia, oncologia cirúrgica e onco-hematologia.

Esse complexo atende à população tocaninense, além dos estados vizinhos como Pará, Maranhão e Mato Grosso, por exemplo. A gestão estadual justifica que pacientes transferidos para tratamento fora do domicílio se dá devido à falta de profissionais especialistas nas UNACONs, e ao fato de que o Tocantins não dispõe de tratamento para todas as neoplasias. Ocorrem situações em que pacientes da Região Macro Sul, que deveriam receber atendimento no Hospital Geral de Palmas, são/foram encaminhados para tratamento no Hospital Regional de Araguaína.

Um fato relevante é a atual inexistência de pactuação, conforme informações da técnica responsável pelo TFD estadual pertencente à Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde (SPAS). A mesma relatou que, além de não haver regulação, também tem ocorrido apenas encaminhamentos dos hospitais estaduais. O que sabemos é que existe um grande movimento no Tocantins de ditos coordenadores do Hospital do Amor, que fazem este papel de reguladores e de acesso aos serviços da instituição filantrópica em Barretos/SP.

Na contramão disso, estes pacientes demandam via ação judicial ajuda de custo para pagamento de passagens e despesas. A equipe jurídica da SES/TO somente acata e defere tais demandas e não há nenhuma ação definitiva para sanar tal desvinculação do paciente da rede de atenção oncológica do SUS. Percebemos, então, destinação de recursos de ações planejadas para suprir demandas judiciais, ao mesmo tempo em que quebra o princípio da equidade.

Com relação ao processo de terceirização, a área técnica justificou que não ocorreu a interrupção dos tratamentos em quimioterapia pelo UNACON/HRA, pois a UNACON/HGP não possuía condições físicas e técnicas para assumir a demanda da Região Macro Norte. Ocorreram ações pontuais desde 2015 para validar a terceirização dos serviços e não para a resolução do problema, como contratação de empresa especializada na prestação de serviços que garanta o cuidado integral, por exemplo. Percebemos pouca articulação com o Art. 9º da Política Nacional

para a Prevenção e Controle do Câncer em seus incisos I e IV, e certa fragilidade nas ações referentes aos incisos II, III e V.

Os tetos estimados, físico e financeiro, para a contratação dos serviços têm como parâmetros a Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre o Estado do Tocantins e seus municípios, via Resolução CIB n.º 019/2013, de 26 de março de 2013; e os preços estabelecidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Com relação aos procedimentos de radioterapia/braquiterapia e com finalidade diagnóstica e consultas médicas em atenção especializada, utiliza-se como parâmetro os dados obtidos no faturamento do sistema DATASUS/MS, com uma margem de segurança de 25%.

O tratamento quimioterápico permanece no município de Araguaína, dentro das instalações do HRA. A terceirização do serviço da UNACON/HRA, que ocorreu no início do ano de 2015, segundo justificativa no edital de licitação – para contratação de empresa especializada na prestação de serviços de alta complexidade em oncologia nas áreas clínica e de quimioterapia – foi motivada por um problema técnico que danificou o acelerador linear e comprometeu os tratamentos de radioterapia realizados no HRA. Desse modo, os serviços da UNACON, até então gerenciados e executados por servidores do estado, passaram a ser responsabilidade de colaboradores da contratada.

A contratação, no entanto, não teve continuidade com a rescisão do Contrato n.º 16/2015,

que contemplava todos os serviços de oncologia do HRA. Houve interdição do Acelerador Linear, realizada pela Vigilância Sanitária Estadual em 13 de agosto de 2015. Essa ação se justificou pelo não atendimento de uma das cláusulas contratuais – lembrando que a essa paralisação do equipamento da empresa contratada se seguiu a avaria do pertencente ao estado do Tocantins.

Após a referida rescisão, foi autuado um novo processo para contratação dos serviços de quimioterapia, oncologia clínica, radioterapia e braquiterapia para atendimento, em caráter emergencial, dos pacientes oriundos da UNACON/HRA. Foi assinado, portanto, o Contrato n.º 134/2015 com a empresa Centro Integrado de Tratamento Oncológico LTDA., que contemplavam apenas os serviços de radioterapia e braquiterapia nas instalações da contratada no município de Imperatriz/MA.

A área técnica justificou que a transferência dos serviços de radioterapia e braquiterapia para as instalações da contratada foram necessários para que o prédio da radioterapia do HRA pudesse ser adequado à instalação do novo acelerador linear. Também se posiciona no sentido de que houve entraves burocráticos, como baixos salários a especialistas, por exemplo, e a incapacidade de se auto-financiar.

Por um período, os serviços de quimioterapia e oncologia clínica não foram retomados para a unidade da região norte do estado do Tocantins. Como forma de não descontinuar os tratamentos, houve a

contratação emergencial e autuação de novo processo, que resultou em nova contratação, pelo Contrato n.º 39/2016, com os mesmos serviços do anterior. Por um breve período, os serviços de quimioterapia e oncologia clínica continuaram sendo executados nas dependências do HRA, sem cobertura contratual até a conclusão do processo emergencial, outra vez com um novo processo.

A gestão estadual apontou, conforme análise documental, entraves à continuidade da gestão dos serviços por problemas de abastecimento, medicamentos e insumos, e à contratação de especialista, com a alegação de baixo o salário. Também ocorreram situações em que pacientes da Região Macro Sul, que deveriam receber atendimento no HGP, foram encaminhados para tratamento no HRA. Lembrando que a unidade recebe demanda de estados vizinhos como Pará e Maranhão.

Infelizmente, ocorreu um elevado número de pacientes transferidos para tratamento fora do domicílio. Os serviços de radioterapia e braquiterapia do estado do Tocantins estiveram, por um período, pactuados com o estado do Maranhão, até a definitiva instalação do acelerador linear da UNACON/HRA, que não ocorreu. A própria gestão reconhece serem necessárias ações definitivas para melhor atendimento aos portadores de neoplasias. No exercício 2018, essa reforma entrou em sua segunda fase, e foi concluída nesse mesmo ano.

Ao fim, o imbróglio envolveu demandas judiciais, notícias veiculadas na mídia nacional e

justificativas técnicas de impossibilidade de gestão dos serviços e capacidade instalada. Foi realizado um processo licitatório na modalidade pregão eletrônico, e a empresa vencedora foi contratada em maio de 2020. O edital de licitação ressaltava “os serviços serão executados pela contratada na Unidade de Alta Complexidade (UNACON) do Hospital Regional de Araguaína”.

A ONCORADIUM cobria as demandas emergenciais e já fora contratada para ofertar o serviço de radioterapia, ao substituir a empresa Instituto Oncológico, na oferta do serviço em setembro de 2015. De toda forma, com alguns detalhes discutidos na análise de execução, podemos inferir que houve destinação do teto de gasto, previsto para a atenção oncológica da referência Macro Norte do estado do Tocantins, para o setor privado desde 2015. Se pensarmos no paciente, o mesmo não pode estar descoberto de seu atendimento por problemas não solucionados pela gestão estadual da saúde. A mesma empresa prestadora também foi contratada em agosto de 2017, via licitação, para ofertar oncologia clínica e quimioterapia à UNACON/HRA.

Até dezembro de 2016, os usuários do SUS, com indicação de tratamento em radioterapia, eram transferidos para a UNACON/HRA, referência para todo o estado e que possuía o aparelho de acelerador linear, usado no tratamento de radioterapia. A unidade teve problemas de estrutura, já relatados anteriormente, e foi alvo de muitos procedimentos judiciais desde 2013.

Devemos ressaltar, em resumo, que o serviço de oncologia da UNACON/HRA foi terceirizado em 2015 e realizado acordo judicial. A empresa contratada teve problemas com registro na ANVISA, o que levou à rescisão contratual. Com a contratação emergencial, remanejou-se pacientes de radioterapia e braquiterapia para atendimento em Imperatriz (MA), pela empresa ONCORADIUM.

Em 2017, foi realizado um procedimento licitatório, modalidade pregão eletrônico, para contratação de empresa especializada na prestação de serviços de alta complexidade em oncologia nas áreas clínica e quimioterapia para a UNACON/HRA. A empresa contratada foi a mesma que já prestava serviços de radioterapia e braquiterapia nas instalações da contratada no município de Imperatriz (MA). Porém, o serviço foi executado exclusivamente pela contratada na Unidade de Alta Complexidade do Hospital de Araguaína, bem como em suas dependências e anexos. Isso foi celebrado pelo Contrato n.º 136/2017, assinado em 09 de agosto de 2017 com o Centro Integrado de Tratamento Oncológico LTDA (ONCORADIUM), que já foi aditivado quatro vezes, com o prazo de vigência atual até 09 de agosto de 2021.

Em dezembro de 2018, optou-se pela realização de Inexigibilidade de Licitação para contratação de prestação de serviços de radioterapia e braquiterapia para a UNACON/HGP. Essa modalidade licitatória ocorre quando a contratação é considerada consagrada pela opinião pública ou pela crítica

especializada no tema. Segundo Art. 25 da Lei n.º 8666/93, § 1º:

Considera-se de notória especialização o profissional ou empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica, ou de outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e indiscutivelmente o mais adequado à plena satisfação do objeto do contrato. (BRASIL, Art. 25 da Lei n.º 8666/93, § 1º).

A referida contratação foi formalizada no Contrato n.º 188/2018 com a empresa Clínica Médica Oncológica Irradiar LTDA, realizado acréscimo de 25% sobre o montante global no valor contratado no segundo aditamento em junho de 2020, com vigência até dezembro de 2021, em seu terceiro aditivo.

Nesse sentido, após esclarecimento do responsável pela Gerência da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, via e-mail em fevereiro de 2021, já havia disponibilidade pelo privado somente a partir de celebrado o contrato n.º 188/2018 com a empresa Clínica Médica Oncológica Irradiar LTDA, em 20 de dezembro de 2018. Foi esclarecido que:

Os atendimentos em radioterapia da Clínica Irradiar, destinado aos usuários do SUS, se iniciaram no fim de dezembro/2016, em compensação a isenção do pagamento do ICMS (Decreto Estadual nº 2.912/2016) por aquisição do acelerador linear, concedido pela Secretaria de Estado da Fazenda do Tocantins.

Posteriormente a conclusão do processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 2212/2018), foi celebrado o Contrato nº 188/2018, formalizando a Clínica Médica Oncológica Irradiar como prestador de serviços habilitado ao SUS, integrante da Rede de Assistência Oncológica do Tocantins. (RODRIGO CÂNDIDO, 2021).

Em 2020, foi realizado um novo procedimento licitatório, na modalidade pregão eletrônico, para contratação de empresa de prestação de serviços de radioterapia e braquiterapia, consulta médica em atenção especializada e procedimento com finalidade Diagnóstica para a UNACON/HRA, com a prerrogativa de que os serviços sejam executados pela contratada na Unidade de Alta Complexidade do Hospital de Araguaína. Sendo formalizada a contratação da mesma empresa prestadora de outros serviços, Contrato n.º 57/2020, com vigência até vinte de maio de 2021.

O serviço de radioterapia estava sendo realizado em outro estado e também de forma terceirizada desde 2015. Como justificativa para essa contratação, as áreas responsáveis destacam que o serviço é executado exclusivamente pela contratada na UNACON e que o governo estadual tem responsabilidades com os portadores de neoplasias. O serviço de quimioterapia executado na UNACON/Palmas é realizado diretamente pelo estado do Tocantins. Os insumos, mão de obra, medicamentos e materiais são geridos e adquiridos pela Secretaria de Saúde do Estado.

Com relação ao abastecimento, este fica sob responsabilidade da Superintendência de Aquisição e Estratégias de Logística. Já o gerenciamento e a supervisão das Unidades Hospitalares sob gestão Estadual, ficam a cargo da Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias, que operacionaliza e monitora as políticas de assistência à saúde das 18 Unidades Hospitalares Públicas de Média e Alta Complexidade.

A Gerência Estadual de Oncologia compõe o quadro da Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde, que coordena a implantação e implementação das políticas de atenção à saúde, observando os princípios e diretrizes do SUS; promove a articulação e coordena o sistema de redes integradas de ações e serviços de saúde; entre outras atribuições.

A contratação, porém, deve seguir princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral de acordo com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS. Uma das suas obrigações é compor a Rede Regional de Atenção à Saúde, que articula todos os pontos de atenção no que se refere ao diagnóstico diferencial e definitivo de câncer; ao tratamento; reabilitação e cuidados paliativos. Observa-se, portanto, que o atendimento judicial ficou subtendido como oferta de serviços na unidade de atendimento, independentemente do mesmo ser gerido pela SES/TO.

Há o entendimento de que há melhor possibilidade de compra de materiais, contratação de

pessoal e oferta de serviços na gestão privada, que se alia ao preceito de que, no setor público, é permitido fazer aquilo que a lei autoriza e, no setor privado, é tudo aquilo que a lei não proíbe; portanto, flexibilidade. Com relação a essa última contratação, podemos concluir que o modelo de atenção à saúde do governo tocantinense atende preferencialmente prestadores privados e filantrópicos.

4.5 A transferência de fundo público para a filantropia

A LDO que dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício de 2019, fls.12 do Diário Oficial do Estado do Tocantins n.º 5.243 de 23 de dezembro de 2018, trata das metas e prioridades da administração pública estadual para o exercício de 2019. No item Saúde, diz que uma das metas da prioridade seria “Organizar os serviços do SUS por meio da Rede de Atenção à Saúde de forma regulada, controlada e avaliada”, no qual subscreve-se Construção do Hospital do Câncer de Palmas, denominado Hospital do Amor.

Em 2017, a Fundação Pio XII recebeu do governador Marcelo Miranda a doação do terreno para construção do referido hospital. Foi realizado acordo para transferência do acelerador linear, que seria enviado pelo governo federal, destinado a UNACON/HGP para o Hospital do Amor.

Quadro 1 - Publicações das Formalizações do Hospital do Amor de Palmas

TIPO DE ATO	OBJETO	PUBLICAÇÃO
Lei n.º 3.193, de 02 de Março de 2017	Autoriza o Poder Executivo a doar à Fundação Pio XII a área de terreno urbano	DOE n.º 4.818
Decreto n.º 5.600, de 09 de Março de 2017	Doa a Fundação Pio XII a área de terreno urbano	DOE n.º 4.825

Fonte: Elaboração Própria. Extrato de Acompanhamento de Processo 15 de Fev/2021 (SES/TO).

O Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (PER/SUS) desenvolvido pelo Ministério da Saúde (Governo Federal) tem como objetivo ampliar a oferta do serviço. Logo, o governo tocantinense firmou a oferta do serviço de oncologia do estado não pelo SUS diretamente, como vimos no HGP com a terceirização do serviço em 2018.

No primeiro semestre de 2020, iniciou-se uma conturbada discussão devido ao fato do Ministério da Saúde ter enviado o acelerador linear ao Hospital Geral de Palmas. O mesmo se manifestou com relação à questão afirmando que a Secretaria de Saúde enviou a documentação do Hospital Geral de Palmas para recebimento da máquina em atendimento do Plano de Expansão de Radioterapia.

O estado do Tocantins está contemplado no Plano de Expansão da Radioterapia do Sistema Único de Saúde (SUS) na tipologia construção (obras, projetos e fiscalização), o que garante a instalação de acelerador linear. Entretanto, a escolha de localidade fica a critério da gestão e isso deve ser referendado

pela Comissão de Intergestores Bipartite (CIB). Acreditamos ter sido pactuada a referente “entrega” para o Hospital do Amor sem nenhuma consulta ao Conselho Estadual de Saúde. Como sabemos, as próprias portarias ministeriais já preveem essa ausência e qualifica a CIB.

O imbróglgio teve início devido à própria gestão ter enviado a documentação técnica referente ao espaço correspondente ao HGP. Concordamos ter sido a decisão correta do gestor da pasta à época. Doravante, a mera formalização para atendimento, via documento ao MS, informa a impossibilidade na execução da obra em outro terreno que não o do beneficiário HGP. Todavia, sabemos, que a reforma do Hospital não evoluiu, como se vê no ANEXOS.

A tentativa de “burlar” a lei, ou mesmo de fazer “política”, foi obra da bancada federal do estado do Tocantins durante a gestão do ministro da saúde Ricardo Barros, com apoio do ex-governador Marcelo Miranda e do ex-secretário de Saúde Marcos Musafir, que solicitaram que o acelerador linear funcionasse no Hospital do Amor. A partir desse movimento, teve início um trâmite para a cessão e implantação de equipamento de radioterapia à instituição filantrópica, com destinação de emendas parlamentares.

O Ministério da Saúde impede o credenciamento da instituição e o recebimento do equipamento de radioterapia. Na gestão do governador Mauro Carlesse, o seu secretário de Saúde à época, Renato Jayme, insistiu nessa cessão junto ao governo federal, conforme de documentos anexados ao final. O

Hospital do Amor é uma obra que até o momento deste trabalho não está pronta para atendimentos. Sua área é de 76, 240 mil m², dos quais 54.240 m² foram doados pelo governo do Tocantins.

Em 2020, de acordo com a mídia local, o administrador da rede filantrópica de oncologia do Brasil, que possui 11 centros de prevenção e cinco hospitais, Henrique Prata, presidente da Fundação Pio XII e gerencia o Hospital de Amor (antigo Hospital do Câncer de Barretos), criticou, via mídia, o governador e o então gestor da pasta da saúde, Edgar Tollini. Acusou o secretário de “traição” e o governador de fazer “conchavo”. Tudo isso porque foi solicitado o retorno do acelerador linear ao estado, para instalação no HGP.

No dia 09 de novembro de 2020, o governador Mauro Carlesse assinou um documento com autorização da transferência do local de implantação do equipamento de radioterapia para uma área pública ao lado da construção do Hospital do Amor. Encontrou-se, portanto, uma maneira de não retirar o serviço da instituição referida. Cabe lembrar que a instituição tentou devolver parte do terreno doado ao estado, na tentativa de estabelecer prerrogativa para o recebimento do aparelho em disputa.

O maior financiamento da obra de construção do Hospital do Amor tem sido a constante realização de leilões de gados e cavalos. Há também o envolvimento massivo de membros, denominados voluntários, e da população tocantinense com esses eventos, com vendas de camisetas e até realização de

jantares. Conta ainda com doações de particulares e previsão orçamentária de receitas públicas, via emendas parlamentares de deputados estaduais, federais e senadores. Os dois últimos não foram objeto de verificação na análise.

4.5.1 Exposição da execução orçamentária do Convênio com o Hospital do Amor

Após análise dos Relatórios de Gestão de 2018 e 2019, foi possível observar o empenho de valores a título de convênio da Fundação PIO XX com o estado de Tocantins, com inclusão de emenda parlamentar na revisão de 2018 da Lei do PPA 2016-2019. O objeto do convênio trata da implantação do hospital, ou seja, sua construção. Primeiramente, a título de entendimento e ilustração, segue quadro com os atos publicizados desde então.

Quadro 2 - Autorização de Transferência de Recursos (Fundação PIO XII)

TIPO DE ATO	OBJETO	PUBLICAÇÃO
Lei n.º 3.379 de 26 de julho de 2018	Autoriza transferência de recursos públicos a título de subvenções sociais, auxílios ou contribuições correntes e de capital, por meio de emendas parlamentares, à entidade privada sem fins lucrativos Fundação PIO XII	DOE n.º 5.163

EXTRATO DE CONVÊNIO N.º 12/2018	Tem como objetivo autorizar o desconto mensal de pagamento do segurado, relativo à contribuição voluntária a	DOE n.º5.227
	título de doação, em favor da Fundação Pio XII/Hospital de Amor/Filial Palmas-TO, destinada exclusivamente a auxiliar na construção do Hospital de Amor, reconhecido nacionalmente no tratamento de câncer (Hospital do Câncer de Barretos)	
Ausência de Chamamento Público Processo n.º 2018.30550.002776.	Justifica-se a AUSÊNCIA de CHAMAMENTO PÚBLICO para celebração de Termo de Colaboração entre a Secretaria de Saúde do Estado e a Fundação Pio XII, decorrente de emendas Parlamentares, objetivando a construção do Hospital do Amor em Palmas-TO	DOE n.º5.265

EXTRATO DE TERMO DE COLABORAÇÃO N.º 411/2018	Transferência de recursos financeiros, oriundos do Tesouro Estadual (Emendas Parlamentares Estaduais), visando a execução da construção parcial do Hospital de Amor do Tocantins, na cidade de Palmas, no intuito de prestar	DOE n.º 5.275
	assistência médica hospitalar gratuita a pacientes carentes, que necessitam de tratamento oncológico	
2º Termo Aditivo de Rerratificação e Valor ao Termo de Colaboração n.º 411/2018	Apresentação de documentos antes da liberação de recursos ¹³¹	DOE n.º 5.545
3º Termo Aditivo de Prazo ao Termo de Colaboração n.º 411/2018	Prorrogar o prazo de execução físico-financeira até 31 de dezembro de 2021	DOE n.º 5.545
Extrato: 3º Termo Aditivo de Prazo ao Termo de Colaboração n.º 411/2018 (Republicado para correção)	Sendo o prazo de execução físico-financeira até 31 de dezembro de 2021, e de mais 30 (trinta) dias após o encerramento da vigência ou da conclusão da execução do objeto, o que ocorrer primeiro para apresentação da prestação de contas, conforme previsto no §5º do art.47, do Decreto Estadual nº 5.816/2018.	DOE n.º 5.765

Corroboramos com a notícia, veiculada pela mídia local, de que até 2019 a Assembleia Legislativa do Tocantins direcionou mais de R\$ 10 milhões para o Hospital de Amor de Palmas. No entanto, algumas emendas parlamentares de deputados até o momento não foram executadas. A execução de emendas parlamentares destinadas a tal instituição filantrópica se deu da seguinte forma:

Tabela 18 - Emendas Parlamentares 2018 (Hospital do Amor de Palmas/TO)

Termo de Colaboração nº411/2018 – Emendas Parlamentares 2018			
Autor (a) da Emenda	Empenhado	Valor Pago	Valor a Pagar
Dep. Amália Santana	R\$ 100.000,00	-	R\$ 100.000,00
Dep. Cleiton Cardoso	R\$ 200.000,00	-	R\$ 200.000,00
Dep. Eduardo Siqueira	R\$ 460.000,00	-	R\$ 460.000,00
Campos			
Dep. Elenil da Penha	R\$ 500.000,00	-	R\$ 500.000,00
Dep. Eli Borges	R\$ 360.000,00	-	R\$ 360.000,00
Dep. Jorge Frederico	R\$ 500.000,00	-	R\$ 500.000,00
Dep. Junior Evangelista	R\$ 100.000,00	-	R\$ 100.000,00
Dep. Luana Ribeiro	R\$ 300.000,00	-	R\$ 300.000,00
Dep. Mauro Carlesse	R\$ 600.000,00	-	R\$ 600.000,00
Dep. Nilton Franco	R\$ 250.000,00	-	R\$ 250.000,00
Dep. Olyntho Neto	R\$ 500.000,00	-	R\$ 500.000,00
Dep. Osires Damaso	R\$ 250.000,00	-	R\$ 250.000,00
Dep. Ricardo Ayres	R\$ 100.000,00	-	R\$ 100.000,00
Dep. Toinho Andrade	R\$ 500.000,00	-	R\$ 500.000,00
Dep. Vilmar de Oliveira	R\$ 100.000,00	-	R\$ 100.000,00
Dep. Wanderley Barbosa	R\$ 200.000,00	-	R\$ 200.000,00
Dep. Zé Roberto	R\$ 150.000,00	-	R\$ 150.000,00
TOTAL	R\$ 5.170.000,00	0	R\$ 5.170.000,00

Tabela 19 - Emendas Parlamentares 2019 (Hospital do Amor de Palmas/TO)

Termo de Colaboração nº411/2018 – Emendas Parlamentares 2019				
Autor (a) da Emenda	Empenhado	Valor Pago		Valor a Pagar
Dep. Amália Santana	R\$ 100.000,00	-		R\$ 100.000,00
Dep. Antônio Andrade	R\$ 1.000.000,00			R\$ 1.000.000,00
Dep. Cláudia Lelis		R\$ 100.000,00	-	R\$ 100.000,00
Dep. Cleiton Cardoso		R\$ 300.000,00	-	R\$ 300.000,00
Dep. Eduardo Siqueira Campos		R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	0
Dep. Elenil da Penha		R\$ 500.000,00	-	R\$ 500.000,00
Dep. Issam Saado		R\$ 100.000,00	-	R\$ 100.000,00
Dep. Jair Farias		R\$ 100.000,00	-	R\$ 100.000,00
Dep. Jorge Frederico		R\$ 500.000,00	-	R\$ 500.000,00
Dep. Léo Barbosa		R\$ 100.000,00	-	R\$ 100.000,00
Dep. Olyntho Neto		R\$ 300.000,00	-	R\$ 300.000,00
Dep. Júnior Geo		R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	0
Dep. Ricardo Ayres		R\$ 1.000.000,00		R\$ 1.000.000,00
Dep. Valdemar Júnior		R\$ 201.000,00	-	R\$ 201.000,00
Dep. Valdez Castelo Branco		R\$ 200.000,00	-	R\$ 200.000,00
Dep. Vanda Monteiro		R\$ 100.000,00	-	R\$ 100.000,00
Dep. Vilmar de Oliveira		R\$ 100.000,00	-	R\$ 100.000,00
Dep. Zé Roberto		R\$ 150.000,00	-	R\$ 150.000,00
TOTAL		R\$ 5.201.000,00	350.000,00	R\$ 4.851.000,00

Embora os jogos de forças políticas tenham priorizado recursos, via emendas parlamentares, à instituição filantrópica para a oferta de assistência médica hospitalar a pacientes portadores de neoplasias, isso não se efetivou conforme planejamento devido à pouca execução orçamentária, como visto acima.

A mudança no quadro de parlamentares em 2019 também trouxe dificuldades. Enquanto alguns elevaram sua previsão de orçamento, outros não ofertaram emendas, e apenas dois têm saldo executado. Essa correlação de forças expressa a pressão de parlamentares junto ao chefe do poder executivo para liberação das mesmas e a pouca participação da sociedade. Tudo isso se trata da esfera estadual, já que

não foi possível acesso às emendas federais.

É válido lembrar que o art. 199 da Constituição Federal dispõe sobre a participação complementar das entidades privadas, com preferência às filantrópicas. Porém, um acordo de cooperação como o realizado entre o governo do estado, via Secretaria Estadual de Saúde, responde à Lei Federal n.º 13.019/2014, que estabelece o regime das parcerias, e ao Decreto Estadual n.º 5.816/2018, que regulamenta esta lei e dispõe sobre regras jurídicas. Isso leva ao entendimento de que há “certo” controle para que a transferência de recursos financeiros oriundos do Tesouro Estadual (Emendas Parlamentares Estaduais) ocorra mesmo que tal acordo tenha sido celebrado.

Em contato, via e-mail (dia 22 de fevereiro de 2021), com a área técnica da oncologia, o responsável nos informou que a Gerência da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer (GRPDTC) não tem qualquer envolvimento com a destinação das emendas parlamentares, nem realiza qualquer monitoramento sobre a liquidação e pagamento destas e que o setor é responsável por monitorar os estabelecimentos de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia.

No âmbito da SES/TO, a competência pela liquidação e pagamento das emendas parlamentares é da Superintendência Executiva do Fundo Estadual de Saúde, Diretoria de Gestão dos Recursos do SUS. Em consulta à gerente de Execução Orçamentária da SES/TO, a informação é de que a liquidação é responsabilidade deles, mas o processo precisa passar

pela superintendência específica, setor de convênios. Após esse trâmite, a liberação da Secretaria da Fazenda libera o saldo para pagar.

De um total de R\$ 10.371,000,00 empenhado ao Hospital do Amor, até março de 2021, foram transferidos e recebidos pela instituição R\$350.000,00, restando um total de R\$ 10.021,000,00 a transferir. Fica o questionamento: qual será o jogo político até a vigência de último aditivo do termo de colaboração entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Fundação PIO XII? Devemos considerar o interesse da SES/TO na promoção de ações e serviços voltados à assistência médica gratuita, em regime hospitalar e ambulatorial, aos usuários do SUS com demanda de tratamento oncológico. Entretanto, até a finalização desta pesquisa, a Fundação não possui estabelecimento de saúde habilitado na alta complexidade em oncologia, em território tocantinense.

Nossa crítica consiste, portanto, em não haver um fortalecimento da Rede de Atenção Oncológica no que se refere à execução do orçamento planejado, nem ações de prevenção e muito menos esforço em atender às especificações do Ministério da Saúde (MS) quanto à habilitação de mais serviços, ampliação e reforma nos hospitais de alta complexidade – que são Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON): Hospital Geral de Palmas (HGP) e Hospital Regional de Araguaína (HRA). Nesse cenário, as chamadas emendas parlamentares avançam para suprir essas demandas e são prioridades do legislativo estadual na aprovação de metas da LDO.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos anos de 1980, o capital portador de juros (também chamado de capital financeiro) passa a determinar as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo. Nessa fase do capitalismo, ocorre forte apropriação do fundo público da saúde. O Brasil é marcado por uma frágil trajetória de institucionalização do financiamento do SUS. Segue-se a manutenção de políticas econômicas restritivas adotadas pelo governo federal através de contingenciamento.

Dessa forma, há impasses para garantir a criação de fonte de recursos para garantia de uma política universal de saúde. Tanto que só teve recursos vinculados após doze anos de criação do SUS, em 1988. Estados e municípios com base em impostos e a União, não. A quebra desse impasse ocorreu com a regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29/2000.

Encontram-se fortes interesses que desviam a ideia de manutenção de fontes de recursos financeiros para a saúde universal. Na investigação, a essência do objeto de pesquisa, por meio de mediações, revela-se com uma aparência diferente no movimento histórico. Em nossas análises, nos fixamos no método de exposição.

A história da luta contra o câncer no Brasil é um elemento da própria construção da política de saúde, com fortes imbricações entre o público e o privado, com destaque para as instituições

filantrópicas, em histórica tradição de atendimento na especialidade. Durante a ditadura militar, o setor privado de saúde – particularmente, a oncologia – recebeu vultosos recursos do fundo público, consolidando clínicas e hospitais privados que estruturam a área oncológica, hoje com forte investimento do mercado financeiro.

Mesmo após a CF de 1988, com a criação do SUS e o reconhecimento do câncer como um problema de saúde pública, na rede oncológica se intensificaram os processos de privatização, sobretudo com a portaria n.º 2.439/2005. A expansão da atenção oncológica no Brasil se insere em intensas contradições entre interesses públicos e privados. Em relação à oncologia, o fortalecimento do setor privado se dá tanto pela via da compra de equipamentos e insumos pelo Estado quanto pela compra de serviços no setor privado.

O Sistema de Atenção ao Câncer no Brasil segue Portarias, Decretos, Leis e Resoluções estruturantes que tiveram atualizações e mudanças desde o ano de 1990. Tudo isso passou por fases de organização, expansão e integração. Através do credenciamento/habilitação de serviços e estabelecimentos, construção e incorporação de protocolos. Nesse segmento, devemos ter enfoque na perspectiva de promoção da saúde e não somente na prevenção e controle de neoplasias malignas. Deve haver maior investimento na promoção, proteção e recuperação da saúde. Aumentar o rastreamento dos cânceres do colo do útero e mama, no caso das mulheres, até porque temos no país grande índices

dessas neoplasias.

O orçamento para a promoção da saúde, prevenção e detecção precoce da doença deve seguir na linha de frente do processo de estruturação da rede assistencial pública. Incidência e mortalidade de câncer devem ser reduzidas e o Brasil tem condições políticas, econômicas e sociais para tal propositiva. Com organização da rede de atenção, maior investimento na estruturação e oferta de serviços públicos e estatal, que não privilegie a transferência de fundo público para o setor privado.

No estado do Tocantins, a rede oncológica se institui a partir de 2005 e segue uma lógica privatista de terceirização dos serviços. Alega-se não haver espaço físico adequado além de recursos humanos necessários à execução dos mesmos quanto aos serviços de radioterapia e quimioterapia. Projetos de obras que não se finalizam em processos licitatórios fracassados, não atendimento a medidas estipuladas pelo MS e outros órgãos responsáveis. Isso vai de espaço aéreo até o material com temperatura adequada, um território de grande extensão, espaços vazios, não fabricação ou fornecimento de matéria-prima adequada, o que aumenta as distâncias.

Há um direcionamento de emendas estaduais e federais à concretude da construção física do Hospital do Amor. Com forte mobilização da mídia local, governantes, empresários, membros da sociedade civil, legisladores, além de forte presença da chamada saúde suplementar no atendimento às neoplasias malignas.

Isenções fiscais para compra de aparelhos por

empresas credenciadas como prestadores de serviços da área. Tudo em favor do setor privado de serviços.

Em maio de 2019, houve mudança na estrutura do MS, que deu origem ao Departamento de Certificação e Articulação com hospitais Filantrópicos e Privados, cuja finalidade é estabelecer contratualizações com o setor privado, como medida para extinguir a Secretaria de Gestão Estratégica e Reformular a Secretaria de Atenção à Saúde, a fim de priorizar a especialização (informações a partir da exposição de Maria Inês Bravo, Assistente Social, Prof. Dra. da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Fórum Tocantinense de Saúde, em novembro de 2019).

O agravamento do contexto econômico-político e a forte ofensiva privatista e clientelista contribuem para a ampliação do setor privado na saúde, no SUS e no livre mercado. Esse é um dos grandes desafios na luta pela universalidade da saúde pública e estatal que permanece contínua diante do processo de seu desmantelamento, focalização e precarização. Esses aspectos, em relação à rede oncológica, têm tratado, na prática, o problema do câncer como um problema individual, ao mesmo tempo em que consolida uma abissal desigualdade no acesso ao diagnóstico e tratamento das pessoas acometidas pela doença. É grande o número de judicializações da saúde por parte de usuários do SUS com a finalidade de conseguir medicamentos e tratamentos especializados para a doença.

Diante do cenário apresentado, seria possível o

Estado manter as atenções de proteção social em campo fluido entre o público e o privado. Quanto à população tocantinense, uma alternativa seria buscar o poder judiciário para reivindicar o acesso aos seus direitos ou buscar o atendimento/tratamento em entidades filantrópicas que capturam um percentual de fundo público maior que o próprio SUS. Com relação às neoplasias malignas, o Tocantins se mobiliza e direciona recursos para o funcionamento/atendimento o quanto antes do Hospital do Amor de Palmas.

Em um estado com as características do Tocantins, as relações de poder presentes no estado e nas instituições são de cunho patrimonialista e clientelista com apoio de grande parte da sociedade civil. Sua gestão orçamentária confunde-se com o próprio Estado Brasileiro, no qual o orçamento público é refém do rentismo do capital financeiro, o que dificulta a construção e materialização de um sistema de proteção social universal.

O subfinanciamento do SUS, ou melhor, o (des)financiamento do SUS, impossibilita a universalização do acesso e a qualidade na prestação dos serviços de saúde. Logo, uma solução para os problemas da saúde pública brasileira passa pela recomposição do seu orçamento e pela efetiva implementação do SUS público e universal, e não por mais privatização em detrimento das reais demandas sociais da classe trabalhadora.

O financiamento inadequado do Sistema é observado em todos os governos. Há uma desresponsabilização do Estado e incentivo ao mercado

financeiro. Ocorre um contingenciamento dos gastos, e os que deveriam efetivar direitos são direcionados para a lógica do mercado financeiro, isto é, para o capital. Assim, contingenciamento e liberação de recursos são utilizados para barganha política de relação de poder.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (orgs.). Pós neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. Desafios e lutas pela Universalidade da Saúde. In: CORREIA, et al. (orgs.). Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: EDUFAL, 2018.

AFONSO, José Roberto Rodrigues; ARAÚJO, Erika Amorim. Pós-Constituinte e Impostos Indiretos: Deformar ou Reformar? In: PINTO, Márcio Percival Alves; BISOTO JR, Geraldo (orgs.). Política Fiscal e desenvolvimento no Brasil.

Campinas: Unicamp, 2006.

BAHIA, Lígia. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS et al. (orgs.). Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

BAHIA, Lúcia. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal. In: FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; KUSCHNIR, Rosana (orgs.). Gestão de Redes de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 19-58.

BERLINGUER, G. Uma reforma para a saúde. Por um serviço sanitário nacional: análise e proposta. In: BERLINGUER, G.; FLEURY TEIXEIRA, S. M.; CAMPOS, G.

W. S. Reforma sanitária: Itália e Brasil. Trad. Tânia Pellegrini. São Paulo: HUCITEC-CEBES, 1988.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Brasília: Senado Federal.

BRASIL. Lei n.º 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências 238 intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Portaria n.º 483, de 1º de ABRIL de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 28 jun. 2022.

BRASIL. Portaria MS/GM n.º 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf. Acesso em: 28 jun. 2022.

BRASIL. Portaria MS/GM n.º 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf. Acesso em: 28 jun. 2022.

BEHRING, Elaine. Ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da democratização. In: SALVADOR, E.; BEHRING, E.; LIMA, R. Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social. São Paulo: Cortez Editora, 2019, p. 43-66.

BEHRING, Elaine. Política Social no Capitalismo Tardio. São Paulo: Cortez, 2011.
BEHRING, Elaine. Política Social no Capitalismo Tardio. São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, Elaine. Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine. Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social. In: SALVADOR, Evilásio; et al. (orgs.). Financeirização, Fundo Público e Política Social. São Paulo: Cortez, 2013.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2009.

BIASOTO JR, Geraldo. A Polêmica sobre o Déficit Público e a Sustentabilidade da Política Fiscal. In: PINTO, Márcio Percival Alves; BISOTO JR,

Geraldo (orgs.).

Política Fiscal e desenvolvimento no Brasil.
Campinas: Unicamp, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete. A Caminho da democracia: estratégias da Nova República. In: Seguridade Social e trabalho: Paradoxos na construção das Políticas de Previdência e Assistência Social no Brasil. Brasília: Letras livres, UNB, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: CFESS; ABEPSS. (org.). Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS; ABEPSS. (org.). Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. A Indiosa Corrosão dos Sistemas de Proteção Social Europeus. In: Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n. 112, p. 754-803, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n112/08.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2022.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes de. Saúde e Previdência: estudos da política social. São Paulo: Hucitec, 2018.

Braga, Ialê Falleiros. Entidades empresariais e a política nacional de saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração. ENSP/Fiocruz, 2012. (TESE).

Bravo, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, et al. (orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2008.

Bravo, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: CORREIA, et al (orgs.). Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: EDUFAL, 2018.

Bravo, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária. São Paulo: Cortez, 2011.

Bravo, Maria Inês Souza. Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

Bravo, Maria Inês Souza; Matos, Maurílio Castro. A SAÚDE NO BRASIL: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: Bravo, Maria Inês Souza e Pereira, Potyara Amazoneida Pereira (orgs.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008a.

Bravo, Maria Inês Souza. Matos, Maurílio

Castro de. Projeto Ético – Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, et al. (orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2008b.

CASTEL, Robert. As Metamorfoses da Questão Social. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

CEOLIN, George Francisco. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n. 118, p. 239-264, abr./jun. 2014.

CHENAIS, François. A Mundialização do Capital. São Paulo: Ed. Xamã, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. 2010. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 28 jun. 2022.

CORREIA, Maria Valéria Costa. PROTAGONISMO DO SETOR PRIVADO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA. In: CORREIA, et al. (orgs.). Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: EDUFAL, 2018.

CORREIA, Maria Valéria Costa. O fundo público no capitalismo. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
<http://books.scielo.org/id/qycmp/pdf/correia-9788575415221.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2022.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. Avanços e Retrocessos do Direito à Saúde no Brasil: uma análise crítica. Rio de Janeiro: Multifoco, 2016.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

ESCOREL, Sarah. SAÚDE: UMA QUESTÃO NACIONAL. In: TEIXEIRA et al (orgs.).

Reforma sanitária: em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez, 2011.

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (orgs.).

Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. A política social do Estado Capitalista. São Paulo: Cortez, 2009.

FERNANDES, Florestan. Capitalismo dependente e Classes Sociais na América Latina. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

FERNANDES, Florestan. A Constituição inacabada: vias históricas e significado político. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

FONTES, Virgínia. O Capital e o Capital Imperialismo – teoria e história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EPSJV, UERG, 2000.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais (OSs) no Brasil.

Disponível em:
<https://www.contraprivatizacao.com.br>. Acesso em: 28 jun. 2022.

GOMES, Edinalva Maria. Análise do processo de desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na rede de atenção primária à saúde no Tocantins. UFT, 2012. (DISSERTAÇÃO).

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO et al. (orgs.). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de

gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

GRUZMAM, Carla. TEIXEIRA, Luiz Antônio. Os Materiais Educativos para a Prevenção do Câncer no Brasil: da perspectiva histórica à dimensão educativa. In: Bertucci, et al. (orgs.). Saúde e Educação: um encontro plural. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

HARVEY, David. Condição Pós-Moderna. São Paulo: Loyola, 2006. HARVEY, David. O novo imperialismo. São Paulo: Loyola, 2004.

HARVEY, David. O neoliberalismo: história e implicações. São Paulo: Loyola, 2014.

IANNI, Octávio. A ditadura do grande capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

IANNI, Octávio. O Estado e capitalismo. São Paulo: Editora brasiliense, 2ª edição, 2004.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Duas décadas de Dia Mundial do Câncer e “Estimativa 2020” marcam o 4 de fevereiro no INCA. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/duas-decadas-de-dia-mundial-do-cancer-e-estimativa-2020-marcam-o-4-de-fevereiro-no-inca>. Acesso em: 28 jun. 2022.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA

ECONÔMICA APLICADA. Fundos públicos do governo federal: estado da arte e capacidade de intervenção. Brasília: Ipea, 2010. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7232 Acesso em: 28 jun. 2022.

KHAIR, Amir Antônio. A Questão Fiscal e a Lei de Responsabilidade Fiscal. In: PINTO, Márcio Percival Alves; BISOTO JR, Geraldo (orgs.). Política Fiscal e desenvolvimento no Brasil. Campinas: Unicamp, 2006.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, Asa Cristina (orgs.). Estado e Políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez, 1997.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina Maria Oliveira; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiane Vieira; NORONHA, José de Carvalho. O Sistema Único do SUS (SUS): princípios e lógica organizativa; avanços, dificuldades e desafios. In: FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues e KUSCHNIR, Rosana (orgs.). Gestão de Redes de Atenção à Saúde.

Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 59-90.

LOPREATO, Francisco Luiz Cazeiro. A Situação Financeira dos Estados e a Reforma Tributária. In: PINTO, Márcio Percival Alves; BISOTO JR, Geraldo (orgs.). Política Fiscal e desenvolvimento no Brasil. Campinas: Unicamp, 2006.

LUPATINI, Márcio. Crise do capital e dívida pública. In: SALVADOR, Evilasio et al. (orgs.). Financeirização, fundo público e política social. São Paulo: Cortez Editora, 2012, p. 59-92

MANDEL, Ernest. O Capitalismo Tardio. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

MANDEL, Ernest. A Crise do Capital: os fatos e sua interpretação marxista. São Paulo, Editora da Unicamp/Editora Ensaio, 1990.

MATOS, Maria do Perpetuo Socorro Albuquerque. Determinantes da baixa valorização da atenção primária no Sistema Único de Saúde. 2013. UNB, 2013. (TESE).

MENDES, Áquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. Saúde e Sociedade, São Paulo, n. 23, p. 1183-1197, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000401183&script=sci_abstract&tlng=pt.

Acesso em: 28 jun. 2022.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS et al. (Orgs). Gestão Pública e Relação Pública Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MÉSZÁROS, István. A crise estrutural do capital. São Paulo: Boitempo, 2011.

MORA, Mônica. A Crise da Dívida Estadual. In: PINTO, Márcio Percival Alves; BISOTO JR, Geraldo (orgs.). Política Fiscal e desenvolvimento no Brasil. Campinas: Unicamp, 2006.

MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: CFESS; ABEPSS (org.). Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, 2009.

MOTA, Ana Elizabete. Cultura da Crise e Seguridade Social. Cortez, 2011. NASCIMENTO, Júnior Batista. Tocantins: história e geografia. Goiânia: Kelps, 2013. OLIVEIRA, Nilton Marques. Desenvolvimento regional e territorial do Tocantins.

Palmas/TO: Universidade Federal do Tocantins. EDUFT, 2019. 214 p.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS et al. (Orgs). Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NOTA TÉCNICA Nº 140, ABRIL DE 2008 –
INSTITUTO DE ESTUDOS

SOCIOECONÔMICOS. Reforma Tributária desmonta o financiamento das políticas sociais, 2008. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2065:catid=28 Acesso em: 28 jun. 2022.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. SUS: o desafio de ser único. In: SANTOS et al. (Orgs). Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

OFFE, Claus. Capitalismo desorganizado: transformações contemporâneas do trabalho e da política. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto. A Lógica das Reformas: a Evolução do Sistema Tributário (1966-2002). In: PINTO, Márcio Percival Alves; BISOTO JR, Geraldo (orgs.). Política Fiscal e desenvolvimento no Brasil. Campinas: Unicamp, 2006.

OLIVEIRA, Fabrício de. Expansão capitalista, política e Estado no Brasil: notas sobre o passado, o presente e o futuro. Conferência realizada em 1975 na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Assis.

OMENA, Valéria Coêlho. A relação dos setores público e privado na política de saúde brasileira: os interesses do capital na atenção oncológica. Alagoas, 2008. 164 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Alagoas (UFAL). 2008.

ONCONEWS. Fusões e Incorporações movimentam oncologia. Março, 2014. Disponível em: <https://www.onconews.com.br>. Acesso em: 28 jun. 2022.

PAULANI, L. Brasil Delivery. São Paulo: Editora Boitempo, 2008 (Coleção Estado de Sítio).

PAIM, Jairnilson et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil The Lancet, 2011. p. 11-31. Disponível em: <http://www.ammabarbacena.com.br/files/2e9d93b8abf8ae74b148b4f04fdb3701.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2022.

PAULO NETTO, José; BRAZ, Marcelo. Economia Política: uma introdução crítica. São Paulo:

Cortez, 2006.

PAULO NETTO, José. Pequena História da Ditadura Brasileira (1964-1985). São Paulo: Cortez, 2014.

PAULO NETTO, José. Capitalismo Monopolista. São Paulo: Cortez, 2007.

PAULO NETTO, José. Crise do capital e consequências societárias. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul/set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n111/a02.pdf> . Acesso em: 22 jun. 2022.

PRADO, Sergio. Transferências Fiscais no Brasil: o Lado “Esquecido” da Reforma Tributária. In: PINTO, Márcio Percival Alves; BISOTO JR, Geraldo (orgs.). Política Fiscal e desenvolvimento no Brasil. Campinas: Unicamp, 2006.

PÓVOA, Oswaldo Rodrigues. História do Tocantins. Goiânia: Três Poderes, 1990.

REZENDE, Fernando. Globalização, Integração Continental e Harmonização Fiscal: o Brasil na Contramão. In: PINTO, Márcio Percival Alves; BISOTO JR, Geraldo (orgs.). Política Fiscal e desenvolvimento no Brasil. Campinas: Unicamp, 2006.

RIBEIRO, Isabela. Estado, planejamento e fundo público no capitalismo dependente brasileiro. Revista de Política Públicas da UFMA, v. 22, p. 465-482, 2018.

Disponível em:
<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rp publica/article/view/9242>. Acesso em: 28 jun. 2022.

SALVADOR, Evilásio. Fundo público, crise e financeirização da previdência social. In: SALVADOR, Evilásio; et al. (orgs.). Crise do Capital e Fundo Público. São Paulo: Cortez, 2019.

SALVADOR, Evilásio. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de crise fiscal. In: Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0426.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2022.

SALVADOR, Evilásio. Os impactos das renúncias tributárias no financiamento das políticas sociais no Brasil. Brasília: Inesc, 2015. Disponível em:
<https://joserobertoafonso.com.br/renuncias-tributarias-salvador>. Acesso em: 28 jun. 2022.

SALVADOR, Evilásio. As Implicações do Sistema Tributário Brasileiro nas Desigualdades de Renda. Brasília: Inesc, 2014. Disponível em:
https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Sistema_tributario_e_desigua

ldades_evilasio.pdf?x44389. Acesso em: 28 jun. 2022.

SALVADOR, Evilásio. Financiamento tributário da política social no pós-real. In: SALVADOR, Evilásio; et al. (orgs.). Financeirização, Fundo Público e Política Social. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTANA, José Francisco Paranaguá de et al. (Coord.) Caracterização do processo de trabalho em atenção básica/saúde da família: aspectos institucionais, do emprego e da atividade do médico nos municípios de Campo Grande/MS, Cuiabá/MT, Goiânia/GO e Palmas/TO Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObserveRH, 2008. Disponível em: http://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldo sus/wp-content/uploads/2017/11/Caracterizacaodoprocessodetrabalho_Santana.pdf. Acesso em: 28 jun. 2022.

SANTOS, Cleusa; MARCONSIN, Cleier. A acumulação capitalista e os direitos do trabalho: contradição histórica que preside a seguridade social. In: BEHRING, Elaine Rossetti e ALMEIDA, Maria Helena Tenório de (orgs.). Trabalho e Seguridade Social: Percursos e dilemas. - 5 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2010.

SAUDEBUSINESS. Por que os hospitais estão investindo em oncologia? Junho, 2011. <https://www.saudebusiness.com/mercado/por-qu-os->

grandes-hospitais-esto-
investindo-em-oncologia. Acesso em: 28 jun.
2022.

SETOR SAÚDE. Investidores e fundos de
investimento miram o mercado da oncologia. Maio,
2016. Disponível em: <https://setorsaude.com.br>.
Acesso em: 28 jun. 2022.

SILVA, Silvio Fernandes da; BRÊTAS
JÚNIOR, Nilo; DOBASHI, Beatriz de Figueiredo. O
pacto interfederativo na saúde e a gestão
descentralizada: uma oportunidade estratégica de
promover avanços no Sistema Único de Saúde. In:
SANTOS et al. (Orgs). Gestão Pública e Relação
Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes,
2010.

SILVA, Otávio Barros. Memória do Tocantins.
Goiânia: Kelps, 2014.

SOUSA, Elisane Barros. Educação em saúde e
ações de prevenção e controle do câncer do colo do
útero: desafios da rede de atenção. ENSP/FIOCRUZ,
2018. (ESPECIALIZAÇÃO).

SOUZA, Sandoval Antunes. O siqueirismo no
tocantins: uma filosofia de vida para conduzir o povo a
seu destino de grandeza. UFC, 2016. (TESE).

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas
sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA et

al (orgs.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez, 2011.

TEIXEIRA, Sonia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA et al. (orgs.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez, 2011.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M. A.; NORONHA, C.P. O Câncer no Brasil: Passado e Presente. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M. A.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: Elementos de uma trajetória. Cad. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Wennerk. O Silencioso Desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (orgs.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Wennerk. A Americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Wennerk. A

Reforma Democrática do Estado Brasileiro e a Política de Saúde. In: BRAVO et al. (orgs.). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

SANTOS, Viviane Medeiros. A relação público versus privado na política de saúde: a contrarreforma do Estado e os modelos de gestão privatizantes no SUS. In: CORREIA, et al. (orgs.). Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: EDUFAL, 2018.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. Diretoria de Instrumentos de Planejamento para Gestão do SUS. Plano Estadual de Saúde – Tocantins (2016 – 2019). Palmas, 2015. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/330945>. Acesso em: 28 jun. 2022.

TOCANTINS . Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Superintendência de Planejamento do SUS. Descentralização da saúde no estado do Tocantins: Um recorte histórico/ Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento do SUS. Palmas/TO: Secretaria de Estado da Saúde Tocantins, 2015. 36p. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/253226>. Acesso em: 28 jun 2022.

SOBRE AS AUTORAS E AUTOR

ELISANE BARROS DE SOUSA

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Tocantins, Especialista em Saúde Pública (UFT), Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ENSP/FIOCRUZ) e Mestre em Serviço Social (UFT)

VANDA MICHELI BURGINSKI

Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade de Brasília (UnB/2016), mestre em Educação (Movimentos Sociais, Política e Educação Popular) pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT/2007) e graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT/2004). Professora Adjunta da Universidade Federal do Tocantins (UFT), lecionando na graduação e no mestrado em Serviço Social. Compõe a coordenação do GTP Movimentos Sociais e Serviço Social da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social (ABEPSS) (2021-2022/2023-2024). Integrante do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Estado, Política Social e Serviço Social (GEPOSS) e do FOHPS (Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Fundo Público, Orçamento, Hegemonia e Política Social) da UnB. Atua na área da Política Social (Seguridade Social - Saúde) com ênfase em estudos sobre Lutas e Movimentos Sociais, Estado, capitalismo dependente e Serviço Social.

RUHENA KELBER ABRÃO

Pós Doutor em Políticas Públicas (UMC) e em Educação (UFT). Doutor em Educação em Ciências e Saúde (UFRGS). Mestre em Educação Física (UFPel). Especialista em Psicologia de grupos e desenvolvimento de equipes (IECC). Tratamento dos Transtornos de Ansiedade e Síndrome do Pânico (IEEC) Neurociências Cognitivas e Processos Psicológicos (IECC). MBA em Gestão de Pessoas e Recursos Humanos (UNINTER). Graduação em Pedagogia (FURG), Letras (UFPel), Educação Física (FURG), Biologia (ANHANGUERA) e Sociologia (UNINTER) Psicologia (UNINASSAU). Professor Adjunto III da Universidade Federal do Tocantins (UFT) lecionando na graduação em Educação Física e Psicologia. Coordenador e Professor Permanente junto ao mestrado profissional em Educação Física e no Doutorado em Educação na Amazônia. Bolsista em Produtividade e Pesquisa (FAPT). Coordenador do Centro Paralímpico (Ministério da Cidadania e UFT). Presidente da Editora Universitária da UFT (EDUFT).