



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL – MESTRADO

LUCINEIA SOARES DA SILVA

O FINANCIAMENTO ESTADUAL PARA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
ESTADO DE MATO GROSSO 2003 a 2011

CUIABÁ
2013

LUCINEIA SOARES DA SILVA

**O FINANCIAMENTO ESTADUAL PARA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
ESTADO DE MATO GROSSO 2003 a 2011**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social, na área de pesquisa Política Social, Estado, Sociedade e Direitos Sociais, oferecido pelo Instituto de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientação: Prof^a. Dr^a Izabel Cristina Dias Lira

**CUIABÁ
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

S586f Silva, Lucineia Soares da.
O FINANCIAMENTO ESTADUAL PARA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE MATO GROSSO 2003 a
2011 / Lucineia Soares da Silva. -- 2013
258 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientador: Izabel Cristina Dias Lira.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso,
Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-
Graduação em Política Social, Cuiabá, 2013.
Inclui bibliografia.

1. Fundo Público. 2. Financiamento. 3. Orçamento Público. 4.
Contrarreforma do Estado. 5. Atenção Primária. Estratégia Saúde da
Família. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

LUCINEIA SOARES DA SILVA

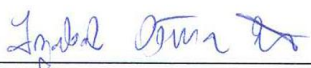
**O FINANCIAMENTO ESTADUAL PARA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
ESTADO DE MATO GROSSO 2003 A 2011**

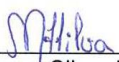
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social.

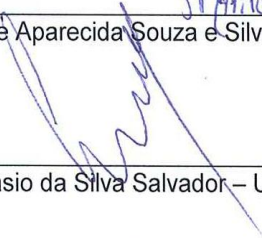
Apresentada em 27 de setembro de 2013

Situação: Aprovada

Banca Examinadora:


Profª Drª Izabel Cristina Dias Lira – UFMT (Orientadora)


Profª. Drª. Marluce Aparecida Souza e Silva- UFMT (Examinadora Interna)


Prof. Dr. Evilasio da Silva Salvador – UFMT (Examinador Externo)


Profª. Drª Erivã Garcia Velasco – UFMT (Examinadora Suplente)

Dedico este trabalho a todas as mulheres e homens:
incluídos e excluídos;
conscientes e inconscientes;
guerreiros e passivos;
alimentados e famintos;
espiritualistas e ateus;
amados e não amados;
Um tempo há de chegar, no qual
seremos todos felizes, plenamente felizes.

Lucineia Soares da Silva

AGRADECIMENTOS

À DEUS, fonte permanente de fé, amor, compreensão, sabedoria e paciência.

Ao estado de Mato Grosso, por me possibilitar a realização deste trabalho de maneira tranquila e segura.

Ao meu pai, Seu Juarez, por ter me ensinado que é pelo trabalho, em suas grandes ausências na minha infância para trazer o alimento para casa, que é possível vencer na vida.

À minha mãe, Dona Luzia, pela insistência em acreditar na família e na educação, chorou junto comigo quando fiquei uma única vez de recuperação, como esperança de uma vida melhor.

À minha filha, Rebecca Kerina, por entender meus momentos ausentes mesmo presente, por me acordar, apagar as luzes e me cobrir quando o cansaço foi maior que a meta estabelecida para o dia.

Ao meu companheiro, Jesus Filho, por me ouvir, principalmente por discordar, pelo incentivo sempre, pelas leituras, se esforçando para entender algo distante da matemática, mas sempre lúcido, por estar permanentemente ao meu lado.

Aos meus irmãos, Luzimar e João Batista, meus sobrinhos, Luiz Gustavo e Sofia, e minha cunhada, Marta, pelo apoio incondicional, mesmo quando ouviam minhas falas revolucionárias durante o sagrado café da manhã.

À minha orientadora, professora dra. Izabel, sempre lúcida e firme em suas considerações às quais me fizeram evoluir nesse processo, sempre emoldurado pela maneira carinhosa e acolhedora.

Aos professores, técnicos e colegas do Curso de Mestrado em Política Social, aos trabalhadores da Biblioteca Central (minha segunda casa nestes dois anos e meio), pelo aprendizado e convivência.

Aos colegas da Secretaria de Estado de Saúde, familiares e amigos que me apoiaram e incentivaram, por meio das leituras e sugestões, *e-mail*, *faces*, *fax*,

telefone, pensamento, sinal de fumaça, de todas as maneiras possíveis e imagináveis.

MUITO OBRIGADA

RESUMO

A reestruturação produtiva trouxe a flexibilização e precarização do trabalho, e o neoliberalismo a privatização, focalização e redução do Estado por meio da sua contrarreforma, com a finalidade da preservação (reprodução) do capital. E o fundo público, a partir daí, tende a ser peça fundamental neste processo. Este trabalho apresenta uma análise sobre o financiamento e gastos das políticas sociais, com destaque para a saúde, a partir da nova ordem mundial. O objetivo geral é analisar o financiamento estadual para Estratégia Saúde da Família - ESF no estado de Mato Grosso, no período de 2003 a 2011, como condição para sua materialização. Os objetivos específicos são: analisar a contrarreforma no SUS em Mato Grosso; analisar a implantação da Estratégia Saúde da Família a partir do seu marco regulatório; analisar o financiamento da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso; analisar o Orçamento do Estado de Mato Grosso destinado à área de saúde, em especial à atenção primária e para a Estratégia Saúde da Família nos instrumentos de planejamento: Plano Plurianual; Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual e Planos Estaduais de Saúde. O método utilizado é o materialismo histórico dialético. Os dados secundários sobre o orçamento, entre 2003 e 2011, foram coletados nas Leis Orçamentárias, Balanço Geral do Estado, SIG-MT, Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, DATASUS, cujos valores são os pagos, deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012. Os resultados apontaram dicotomia entre a equipe econômica do governo e o da Secretaria, num primeiro momento, visto que, antes da EC 29/00 havia priorização da saúde nos documentos, entretanto, o mesmo não ocorria na alocação dos recursos. Posterior à EC, a vinculação da receita possibilitou uma relativa autonomia e incremento de recursos para a secretaria e há uma priorização na alocação dos recursos para a Estratégia Saúde da Família. Porém, esse comportamento não permaneceu nos demais anos. O que se percebe, a partir de então, é que a direção tomada leva à concentração dos gastos em algumas despesas como pessoal, com a média e alta complexidade e com os medicamentos, assim como uma redução constante nos valores alocados e executados para a Estratégia Saúde da Família. Contraditório, pois isso nos leva a concluir que a população está mais doente em virtude do aumento dos gastos nestas áreas o que poderia ser resolvido por meio de uma atenção primária resolutive. Essa maior alocação para a média e alta complexidade oportunizou um aumento nas transferências às entidades privadas sem fins lucrativos. A magnitude reforça essa não priorização deste nível de atenção, pois ao compararmos com o PIB ou com outras políticas do Estado é pífia sua participação, não sendo possível consolidar e muito menos promover uma mudança no modelo de atenção à saúde vigente no país. É preciso valorizar a atenção primária enquanto peça-chave para a consolidação do SUS.

Palavras Chaves: Fundo Público. Financiamento. Orçamento Público. Contrarreforma do Estado. Atenção Primária. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The productive restructuring process has brought flexibility and job insecurity, and the neoliberalism has brought privatization, focus and reduction of the State through its counter-reformation, aiming at the capital preservation (reproduction). And the Public Fund, thereafter, tends to be crucial in this process. This paper presents an analysis on the financing and spending of social policies, especially for health, from the new world order. The overall objective is to analyze the state funding for the Family Health Strategy - FHS in the state of Mato Grosso, in the period from 2003 to 2011, as a condition for its materialization. The specific objectives are: to analyze the counter-reformation at the Unified Public Health System (SUS, in Portuguese) in Mato Grosso; to analyze the implementation of the Family Health Strategy from its regulatory framework; to discuss the financing of the State Secretariat of Health in Mato Grosso; to analyze the budget of Mato Grosso for the health care, especially primary care and the Family Health Strategy in planning instruments: Multiannual Plan, Budget Guidelines Law and the Annual Budget Law and State Health Plans. The method used is the historical and dialectical materialism. Secondary data on the budget between 2003 and 2011 were collected in the Budgetary Laws, State General Balance, SIG-MT, Systems of Information on Public Budgets in Health – SIOPS (in Portuguese), DATASUS, whose amounts are those paid deflated by the General Prices Index - Internal Availability (IGP-DI, in Portuguese), using the 2012 prices. At first, the results showed divergence between the government's economic team and the Secretariat's, because before the EC 29/00 there was prioritization of health in the documents. However, that did not occur in the allocation of resources. Subsequent to the EC, the binding of revenue allowed relative autonomy and increased resources for the department and there is a prioritization in the allocation of resources for the Family Health Strategy. But this behavior did not remain in the other years. What is noticeable, since then, is that the direction taken leads to the concentration of spending on some expenses such as personnel, with medium and high complexity and medicines, as well as a steady reduction in the amounts allocated and executed for the Family Health Strategy. That is a contradiction as it leads us to the conclusion that the population is sicker due to the increase in expenses in these areas, which could be resolved through a resolute primary attention. This higher allocation for the medium and high complexity has provided an increase in the transfers to non-profit private entities. The magnitude reinforces that non-prioritization of this level of attention, because when compared with GDP or with other policies of the state its participation is insignificant. It is not possible to consolidate not even promote a change in the model of health care legislation in the country. It is necessary to enhance Primary Health Care as a key part to the consolidation of SUS.

Keywords: Public Fund. Funding. Public Budget. Counter State. Primary. Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxo para adesão municipal ao até então Programa Saúde da Família..... 112

Figura 2. Linha do tempo das principais normativas para Atenção Primária pelo Ministério da Saúde e Estado de Mato Grosso – 1997 a 2003..... 125-126

Figura 3. Fluxo dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal do Estado de Mato Grosso..... 135

Figura 4. Linha do tempo das principais normativas para Atenção Primária pelo Ministério da Saúde e Estado de Mato Grosso – 2004-2011..... 147-150

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Principais Programas PPA 2004-2007 e PPA 2008-2011 da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso..... 144

Quadro 2. Composição da receita para as Secretarias de Estado de Saúde. 169

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Evolução dos Municípios Habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal por Região Brasil - 1999 e 2001. 52

Tabela 2: Evolução da população residente em Mato Grosso, por situação de domicílio, período de 1960 - 2011..... 106

Tabela 3. Orçamento Executado LOA 1999 pelas três unidades orçamentárias da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 117

Tabela 4. Comparativo da Proporção da população cadastrada pela Estratégia da Saúde da Família por Região de Saúde no Estado de Mato Grosso nos anos de 2003 e 2007..... 138

Tabela 05: Evolução da população coberta pela Estratégia Saúde da Família nas regiões de saúde, em 2007 e 2011..... 152

Tabela 06. Estimativa da Carga Tributária de MT, por base de incidência 2003-2011, valores arrecadados e deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 172-173

Tabela 07. Distribuição do percentual das fontes de recursos 2003 a 2011, valores arrecadados e deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 178

Tabela 08 Financiamento da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, por fonte de recursos 2003-2011, valores arrecadados e deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 180

Tabela 09 Valores Previstos para os tributos que compõem a EC nº29/00 e valores previstos na Lei Orçamentária Anual - LOA da Secretaria de Estado de Saúde, período 2003 a 2011, valores arrecadados e deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 183

Tabela 10. Cálculo da Receita per capita com recursos próprios e % sobre o PIB de acordo com receita prevista na LOA da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, no período de 2003 a 2011, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 185

Tabela 11 Funções orçamentária em valores pagos (2003-2011) do Estado de Mato Grosso, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 196-197

Tabela 12. Execução do Orçamento (valores pagos) Estado de Mato Grosso por Categoria Econômica e Subcategorias, 2003 e 2011, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 200

Tabela 13. Valores Pagos por fonte de recurso, 2003 e 2011, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 204

Tabela 14. Evolução dos Valores pagos e percentual de execução por Subfunções, período e 2003 – 2011 valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 207

Tabela 15. Valores Transferidos pelo Fundo Nacional e Estadual de Saúde aos municípios que aderiram a Estratégia Saúde da Família, período de 2004-2007, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 212

Tabela 16. Participação dos Valores pagos por Programa pela Secretaria de Estado de Saúde, período 2008-2011, todas as fontes de Recursos..... 215

Tabela 17. Transferência para o setor privado, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 218

Tabela 18. Leitos hospitalares por esfera administrativa, Mato Grosso 2008-2011..... 219

Tabela 19. Alguns Indicadores de Saúde do Pacto pela Saúde Estado de Mato Grosso, VI Prioridade Fortalecimento da Atenção Básica 2003 – 2011..... 221

Tabela 20. Comportamento dos Valores Iniciais, Finais, Pagos e apuração do Superávit Primário do Estado de Mato Grosso, período de 2003 a 2011, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 226

Tabela 21. Demonstrativo dos recursos planejados, orçamentos iniciais, finais e pagos e suas diferenças pela Secretária de Estado de Saúde para as transferências aos municípios para a Estratégia Saúde da Família, 2004 a 2011, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 227

Tabela 22. Gastos da Saúde de Mato Grosso, em % do PIB, período de 2003 – 2011, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 230

Tabela 23. Evolução da Projeção da Renúncia Fiscal Estado de Mato Grosso – 2003 a 2011 e projeção sobre a Receita Total de Tributos, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012..... 232

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Orçamento Total Pago e Valores transferidos aos Estados e aos Municípios pelo Ministério da Saúde – 2003 a 2011..... 51

Gráfico 2. Variação do Orçamento Transferido aos Estados e Municípios pelo Ministério da Saúde no período de 2003-2011..... 54

Gráfico 3. Valores Liquidados nos Elementos 04 – Contratação por Tempo determinado e 37 – Locação de Mão-de-obra no Orçamento Geral do Ministério da Saúde - Período 2003 a 2011..... 59

Gráfico 4. Orçamento Total (todas as fontes) e o Valor Transferido aos Municípios (Recurso Estadual) pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – 2003 a 2011..... 75

Gráfico 5. Participação das transferências para os municípios sobre o Orçamento Total da Secretaria de Estado de Saúde de MT – SES/MT e a participação do

Orçamento Total da SES/MT sobre o Orçamento Total do Estado de Mato Grosso – 2003 a 2011.....	76
---	----

Gráfico 6. Evolução da População Coberta pela Estratégia Saúde da Família no Brasil no período de 2003-2011.....	95
---	----

Gráfico 7. Evolução da População Coberta pela Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso no período de 2000–2003.....	128
--	-----

Gráfico 08. Evolução da arrecadação tributária do Estado de Mato Grosso por base de incidência, período de 2003 a 2011, valores arrecadados e deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012.....	175
---	-----

Gráfico 09. Participação das Fontes de Receita na Lei Orçamentária Anual da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, no período de 2000 a 2011, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012.....	184
--	-----

Gráfico 10. Receita Total prevista LOA da Secretaria de Estado de Saúde, fonte proveniente da EC 29/00 e Receita prevista LOA para a Estratégia Saúde da Família, período de 2003 a 2011, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012.....	188
---	-----

Gráfico 11. Distribuição dos valores pagos nas sub-funções referente a Função Encargos Especiais em 2011 pelo Estado de Mato Grosso.....	199
---	-----

Gráfico 12. Evolução do orçamento da Secretaria de Estado de Saúde de Mato, período de 2003 a 2011, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012.....	203
---	-----

Gráfico 13. Execução por subfunção, valores pagos pela Secretaria de Estado de Saúde (2003).....	209
---	-----

Gráfico 14. Execução por subfunção, valores pagos pela Secretaria de Estado de Saúde (2007).....	210
---	-----

Gráfico 15. Execução por subfunção, valores pagos pela Secretaria de Estado de Saúde (2011).....	210
---	-----

Gráfico 16. Participação dos valores transferidos aos municípios para a Estratégia Saúde da Família sobre os valores totais pagos pela Secretaria de Estado de Saúde, 2004 a 2007, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012.....	213
--	-----

Gráfico 17. Evolução dos Valores transferidos para os municípios e da cobertura da População cadastrada pela Estratégia Saúde da Família no período de 2008 – 2011.....	216
--	-----

Gráfico 18. Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 pelos municípios mato-grossenses e pelo Estado de Mato Grosso, período de 2003 a 2011.....	224
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABOP - Associação Brasileira de Orçamento Público

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AGE – Auditoria Geral do Estado de Mato Grosso

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

CATCH - Comprehensive Assesment for Tracking Community Health (Sistema para o acompanhamento de Saúde da Comunidade)

CER - Compensação de Especificidades Regionais

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIBR - Comissões Intergestores Bipartites Regionais

CIDE - Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFINS – Contribuição para o financiamento da seguridade social

CONASEMS– Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONSAD - Conselho de Secretários de Administração

CONSEPLAN - Conselho Nacional de Secretários Estaduais do Planejamento

COSEMS – Conselho das Secretarias Municipais de Saúde

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito

CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira

CRAS - Centros de Referências da Assistência Social

CREAS - Centros de Referência Especializado em Assistência Social

CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

CTD – Contrato por Tempo Determinado

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DHESCA - Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais

DPT - Tríplice Bacteriana

DRU - Desvinculação da Receita da União

DW - Data Warehouse

EC – Emenda Constitucional

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAPEMAT - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso

FBCF - Formação Bruta de Capital Fixo

FESP - Funções Essenciais de Saúde Pública

FETHAB - Fundo Estadual de Transporte e Habitação

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FPE – Fundo de Participação dos Estados

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

Funpresp-Exe - Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo

FUPIS - Fundo Partilhados de Investimentos Sociais

GM/MS – Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde

GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS - Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IGP-DI - Índice Geral de Preços de Disponibilidade Interna

INAMPS - Instituto Nacional De Assistência Médica E Previdência Social

INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

INTERMAT – Instituto de Terras de Mato Grosso

IPCA - Índice Nacional De Preços Ao Consumidor Amplo

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPEMAT - Instituto de Previdência do Estado de Mato Grosso

IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados

IPMF - Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira

IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

ITCMD - Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação

LDO – Lei de Diretriz Orçamentária

LMO - Locação de mão de obra

LOA – Lei Orçamentária Anual

LOSAN - Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas.

OS – Organizações Sociais

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil para o Interesse Público

PAB – Piso da Atenção Básica

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PACIS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PASCAR - Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais

PDRI - Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos

PES – Plano Estadual de Saúde

PGE – Procuradoria Geral do Estado de Mato Grosso

PIB – Produto Interno Bruto

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAFE - Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal dos Estados

PNAGE - Programa Nacional de Apoio à Modernização do Planejamento e da Gestão dos Estados e do Distrito Federal

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PPA – Plano Plurianual

PPIVS - Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde

PPP – Parcerias-Público-Privadas

PSF – Programa Saúde da Família

PTA – Plano de Trabalho Anual

RAG - Relatório de Ação Governamental

SAD – Secretaria de Estado de Administração do estado de Mato Grosso

SALTE – Saúde, Alimentação, Transporte e Energia

SB – Saúde Bucal

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SEPLAN – Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral do estado de Mato Grosso

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SFH - Sistema Financeiro da Habitação

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira

SIG – Sistema de Informação Gerenciais

SIGA - sistema de informações sobre orçamento público

SIOPS – Sistema Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SPS – Superintendência de Políticas de Saúde

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
 1 A CONTRARREFORMA E SEU IMPACTO NA SEGURIDADE SOCIAL:	
DESTAQUE À SAÚDE	27
1.1 A SEGURIDADE SOCIAL E A CONTRARREFORMA	31
1.2 A CONTRARREFORMA NA SAÚDE NO BRASIL	47
1.3 A CONTRARREFORMA NA SAÚDE EM MATO GROSSO	65
 2. A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO	
POSSIBILIDADE DE ACESSO A SAÚDE?	86
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, SUA HISTÓRIA E SUAS CONTRADIÇÕES.....	89
2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO GROSSO, DA SUA IMPLANTAÇÃO ATÉ 2003	103
2.3 NA BUSCA PELA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO GROSSO DE 2004 A 2011	129
 3 O FINANCIAMENTO DO SUS E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MATO GROSSO	
.....	155
3.1 FUNDO PÚBLICO, ORÇAMENTO PÚBLICO E O FINANCIAMENTO DO SUS NO BRASIL E EM MATO GROSSO.....	158
3.2. A NATUREZA DAS FONTES DE FINANCIAMENTO DO SUS MATO GROS	167
3.3 A DIREÇÃO DOS GASTOS DO SUS MATO GROSSO.....	189
3.4 MAGNITUDE DOS GASTOS DO SUS EM MATO GROSSO.....	225
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	235
 REFERÊNCIAS.....	242

INTRODUÇÃO

O fundo público por meio do financiamento das políticas sociais atende as necessidades do trabalhador ao permitir melhores condições de vida, mas também contribui para a acumulação e reprodução do capitalismo, tornando-se peça essencial na garantia ou busca pelo cumprimento do pacto social entre Estado e sociedade.

No Brasil e em Mato Grosso, o fundo público também desempenha essa função, com o agravante das particularidades que cercam a nossa história. Uma delas está no fato de o Brasil não ter instituído um Estado de Bem-Estar Social, como ocorreu nos países europeus e quando estávamos a caminho da formação de, no mínimo, um real Social foi sinalizado pela Constituição Federal de 1988. Porém, no interior das políticas pautadas pelas ideias neoliberais foram colocados obstáculos na consolidação de um sistema de proteção social dos brasileiros.

A Constituição Brasileira de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, em seu artigo 196 estabeleceu que todos os cidadãos deveriam ter direito à saúde, cabendo ao Estado a obrigação provê-la.

Ao estabelecer a saúde enquanto um direito, ela passa a ser entendida muito além da ausência da doença, mas como uma condição para o exercício pleno da cidadania.

Para garantir esse direito, foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, amparado por vários mecanismos, como a regionalização, a hierarquização, a integralidade, a descentralização, o controle social e financiamento tripartite.

Dentre esses mecanismos, a questão do financiamento tornou-se o maior entrave para a consolidação do sistema, em virtude, principalmente, da contrarreforma advinda da inserção de práticas neoliberais.

São essas políticas neoliberais que norteiam o processo de desfinanciamento da saúde, seja por meio da transferência dos recursos públicos ao setor privado ou pela financeirização da riqueza, ao destinar crescentemente parte dos recursos do fundo público ao pagamento do capital portador de juros.

Mato Grosso, mesmo aderindo ao movimento nacional de contrarreforma, assinando em 1995 a renegociação de suas dívidas e a execução das ações necessárias ao cumprimento das metas fiscais estabelecidas, instituiu, em 2001, o financiamento estadual aos municípios que aderissem à Estratégia Saúde da Família.

Parte dessa decisão está relacionada a uma conquista para o financiamento do SUS, a Emenda Constitucional n. 29/2000, que estipulou um tempo de transição para aplicar os 12% sobre a receita líquida de impostos a serem alocados à saúde. Esse acréscimo de recursos, somado à vontade técnica e política dentro da Secretaria, possibilitaram a destinação de recursos próprios aos municípios que aderissem à política.

Isso porque a atenção primária foi posta como centro ordenador do sistema, sendo que ela daria o início do contato do cidadão aos serviços de saúde, e a Estratégia Saúde da Família se colocou enquanto a ação organizativa escolhida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a efetivação da atenção primária à saúde.

Ao desempenhar minhas atividades na Secretaria de Estado de Saúde, no setor que tem como atribuição coordenar o processo de planejamento e orçamento da Secretaria de Estado de Saúde, um questionamento veio à minha mente: em que medida a Política de Financiamento Estadual para a Estratégia Saúde da Família havia contribuído para o cenário atual em que se encontrava a Estratégia nos municípios mato-grossenses?

Após dez anos de financiamento, era preciso um estudo que tratasse especificamente dessa política, em virtude da importância da mesma nos instrumentos de planejamento e orçamento da Secretaria.

Foi do somatório dessa necessidade, adicionado à vontade de aprimorar meus conhecimentos, que resolvi cursar o mestrado em Política Social, oferecida pela Universidade Federal de Mato Grosso/ICHS, e tornar esse tema como objeto de investigação científica no âmbito da dissertação.

Assim, a análise sobre como ocorreu o financiamento e sua materialização nos orçamentos públicos, considerando que o momento de elaboração dos orçamentos é um espaço de luta política, foi de suma importância para entendermos se, de fato, a Política Estadual de Financiamento contribuiu, redundando em melhores resultados, ou não contribuiu para o atual estado da arte da Estratégia em Mato Grosso.

Políticas públicas sem financiamento redundam em discursos vazios. A análise sobre a política que trata diretamente dessa categoria nos indicou os objetivos, caminhos, estratégias, argumentos usados nas lutas políticas no momento de elaboração e execução do orçamento público, buscando o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e, consequentemente, da Atenção Primária.

Diante do exposto, o objetivo geral da presente pesquisa é o de analisar o financiamento estadual para Estratégia Saúde da Família - ESF no Estado de Mato Grosso, no período de 2003 a 2011.

Para que este objetivo fosse alcançado, foram definidos os seguintes objetivos específicos: analisar a contrarreforma no SUS em Mato Grosso; analisar a implantação da Estratégia Saúde da Família a partir do seu marco regulatório; analisar o financiamento da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso; analisar o Orçamento do Estado de Mato Grosso destinado à área de saúde, em especial à atenção primária e para a Estratégia Saúde da Família nos instrumentos de planejamento: Plano Plurianual; a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, assim como os Planos Estaduais de Saúde.

O método utilizado na pesquisa foi o materialismo histórico dialético.

Para Minayo (1988, p. 78), esse método é o mais indicado, pois vai além do processo saúde-doença ao “[...] buscar explicações mais totais, mais históricas e mais adequadas para a situação de morbimortalidade das populações dos países latino-americanos”.

Segundo Netto (2002), Marx não nos deixou um conjunto de regras ou formas para se tratar um objeto da investigação, mas sim sua própria experiência enquanto pesquisador na busca do seu problema: a origem, o desenvolvimento, a consolidação e crise da sociedade burguesa, e foi por meio de suas obras que vislumbramos o desenvolvimento do seu método.

Marx (1996) considera que o Estado e a estrutura social resultam da relação que se institui entre os indivíduos, de como produzem e trabalham, ou seja, tudo o que é produzido pelo homem, mesmo no campo das ideias, está ligado diretamente ao seu comportamento material e, conseqüentemente, derivado disso. Assim, a literatura, leis e política são produtos do nível de desenvolvimento das suas forças produtivas.

Temos, então, o materialismo dialético que, segundo Coutinho (1994, p. 14), é “um método de articulação categorial que procede mediante a elevação do abstrato ao concreto, do menos complexo ao mais complexo”. Ao final desse processo temos a formação de uma “totalidade concreta”, composta por um conjunto de múltiplas determinações.

O grande diferencial de Marx é que, mesmo não nos dando um método feito por manual, demonstrou, na prática da investigação, a viabilidade de sua aplicação,

materializada pela posição do pesquisador em relação ao seu objeto, as descobertas de suas determinações e, a partir daí, a elaboração da totalidade concreta (NETTO, 2002).

Portanto, o financiamento das políticas públicas pode ser considerado como uma dessas determinações, possibilitando assim em conjunto com outras categorias a compreensão da totalidade que permeia as políticas sociais, mais especificamente as da saúde.

Sendo assim, a análise do financiamento estadual para a implantação da Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso, está apoiada na ótica tributária e orçamentária, cuja amostra contemplada é o orçamento estadual, mas não só ele, visto que foram apropriados alguns dados dos municípios por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.

Os três indicadores propostos por Fagnani (2009, p. 121-124) – *a direção do gasto social, a magnitude do gasto social e a natureza das fontes de financiamento* – possibilitaram a organização da pesquisa ao desmembrar o orçamento em partes que, ao final, se completaram e responderam positivamente ao objeto da pesquisa.

O primeiro indicador trabalhado trata da origem e natureza dos recursos que financiaram a saúde. No Brasil, as políticas sociais são basicamente financiadas com recursos fiscais, recursos autossustentados e contribuições sociais. Em Mato Grosso, a análise demonstrou que a saúde foi, e ainda é, financiada com recursos fiscais, impostos, em sua maioria, com incidência sobre o consumo, ou seja, regressivo, visto onerar fortemente a classe trabalhadora e aos mais pobres, não contribuindo para a redistribuição de renda, além de se mostrar instável, dificultando o alcance do objetivo a que se propõe a política social analisada.

A análise sobre a origem e natureza dos recursos foi possível por meio da elaboração de outros indicadores, como a classificação das receitas da Secretaria de Estado de Saúde conforme tipo, base de incidência e forma, estimativa da carga tributária de Mato Grosso por base de incidência, evolução da arrecadação tributária, também por base de incidência, participação das fontes de financiamento na receita total da secretaria, variação das fontes de financiamento, participação das fontes de recursos sobre a receita total da secretaria, entre outros.

O segundo indicador trata da direção dada a esses recursos, o que possibilitou identificar, por exemplo, quais funções orçamentárias apresentaram melhores percentuais de execução e de variação dentre as categorias econômicas,

assim como vislumbrar a participação dos programas e ações da secretaria sobre o orçamento total executado. Tais dados possibilitaram analisar como os recursos destinados à Política Estadual de Financiamento da Estratégia Saúde da Família foram priorizados pelo governo em relação a outras políticas, programas e projetos.

Como ocorreu com o primeiro indicador, a direção dada aos gastos apresentou um comportamento instável durante todo o período, e os gastos apontaram para uma forte concentração dos recursos na despesa com pessoal, nas ações ambulatoriais e hospitalares e um aumento na participação do setor privado, seja pelo aumento nas despesas, no elemento de despesa outros serviços de terceiros pessoa jurídica ou nas transferências a entidades privadas sem fins lucrativos. A Estratégia Saúde da Família, apesar de representar certa prioridade nos instrumentos de planejamento, o mesmo não aconteceu na execução do orçamento da secretaria.

Isso foi possível a partir da elaboração de indicadores, como percentual de execução por subfunção, participação dos valores transferidos aos municípios, para a Estratégia sobre o total do orçamento, participação dos valores pagos por Programa, Evolução dos Valores transferidos para os municípios e da cobertura da População cadastrada pela Estratégia Saúde da Família, dentre outros.

O terceiro indicador teve por base a magnitude do gasto social, esclarecendo que, dos recursos calculados para atender as metas estabelecidas nos Planos Plurianuais - PPAs, houve, de fato, alocação de recursos e sua execução.

Foram realizadas análises a partir da perspectiva histórica, referente ao período de 2003 a 2011, utilizando-se de comparativo da evolução do gasto, sua proporção e execução em relação ao PIB de Mato Grosso, a representatividade de determinadas políticas sobre o seu orçamento total e suas consequências sobre os valores alocados para a saúde.

A partir desse indicador e dos outros dois foi possível analisar que dificilmente as metas estabelecidas para se concluir o processo de transição do modelo terminal para o momento de consolidação da Estratégia Saúde da Família poderiam ser alcançadas em virtude do financiamento e dos gastos do estado de Mato Grosso e da sua Secretaria de Saúde.

Para entendermos como a política nacional interferiu no processo de implantação da Estratégia no estado, pela inserção do neoliberalismo e da

contrarreforma a partir da União, utilizamos fontes bibliográficas e documentais capazes de oferecer condições para sua discussão.

Na análise dos documentos é possível perceber “[...] a natureza das relações sociais, políticas e econômicas passadas está lá para que vejamos através de pesquisa histórica que nos permite refletir sobre questões contemporâneas”. (MAY, 2004, p. 207).

A documentação utilizada inclui relatórios, planos, avaliações, legislação, tabelas estatísticas, documentos informativos arquivados em repartições públicas, os mais utilizados na pesquisa, além dos Planos Estaduais de Saúde, Plano Plurianual - PPA; Lei de Diretrizes Orçamentárias- LDO; Lei Orçamentária Anual – LOA, Relatório de Ação Governamental – RAG, Relatórios das áreas técnicas etc..

Apesar de trabalhar com o orçamento público, foram necessárias novas leituras que pudessem ampliar o campo de análise para além da visão tecnocrata, tão habitual no dia-a-dia do trabalho.

A investigação se circunscreveu à análise histórica da saúde no Brasil e no estado de Mato Grosso, com principal enfoque a partir da contrarreforma do Estado. Os dados orçamentários analisados referem-se ao período de 2003 a 2011, a partir da aprovação das Leis do PPA, da LDO e das LOAs, sendo que o estágio da execução da despesa utilizado foi relativo à paga e, quando necessário, foi o orçamento inicial e o final autorizado (inicial mais créditos adicionais), com exceção dos valores executados em 1999 (Tabela 3) que tratam dos valores empenhados. Todos os valores foram deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012, com exceção dos valores trabalhados na Seção I e II, corrigidos pelo IGP-DI, mas utilizando a ferramenta Calculadora Cidadã do Banco Central.

Os dados foram coletados por meio dos marcos regulatórios (leis, decretos, portarias, normas, políticas, programas e projetos), no Balanço Geral do Estado o Sistema de Informações Gerenciais de Mato Grosso SIG-MT, Comprehensive Assesment for Tracking Community Health –CATCH, Data Warehouse – DW, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS e DATASUS.

A dissertação está dividida, além da Introdução, em quatro seções. A primeira apresenta uma análise da contrarreforma no Estado, oferecendo uma breve contextualização sobre a crise no capitalismo, o neoliberalismo que resultou na

contrarreforma estatal e seu impacto na seguridade social, em especial na saúde no Brasil, com destaque para Mato Grosso.

A segunda seção analisa especificamente a Estratégia Saúde da Família, traçando algumas considerações sobre sua história e contradições, a exemplo das duas terminologias utilizadas no Brasil: atenção primária e atenção básica à saúde coletiva e à individual, dentre outras, finalizando com a análise de como ocorreu, no estado de Mato Grosso, a implantação da Estratégia, desde sua primeira normativa. Para isso, foi necessário dividir em dois períodos, facilitando, assim, o entendimento.

A terceira seção trata diretamente do objeto da pesquisa: o financiamento da Estratégia Saúde da Família de Mato Grosso, no período de 2003 a 2011, utilizando os três indicadores propostos por Fagnani (2009), a saber, origem, direção e magnitude, que desmembra o orçamento público em partes, mas que, ao final, possibilita a análise em sua totalidade.

Na ultima parte, são apresentadas as considerações finais do estudo.

1 A CONTRARREFORMA E SEU IMPACTO NA SEGURIDADE SOCIAL: DESTAQUE À SAÚDE

O Estado de Bem Estar foi, por décadas, bem sucedido no cumprimento dos seus objetivos, por meio do pleno emprego, da demanda agregada, longo período de crescimento econômico e, por fim, a ordem social.

Entretanto, de acordo com Marx (1973), as crises são inerentes ao sistema capitalista, pois as suas possibilidades podem ser resultado da separação do momento da venda e da compra, ou seja, é preciso que haja movimento contínuo e harmônico entre o momento da produção e o da circulação das mercadorias. O dinheiro, ao desempenhar a função de meio de pagamento, também pode ser gerador de crise geral, isso porque, do momento da venda ao recebimento do dinheiro podem ter ocorrido mudanças no valor das mercadorias, assim, o valor recebido não custeara a dívida inicial ou não fora suficiente para investir no capital constante.

Para o autor de *O Capital*:

As condições gerais da crise (na medida em que são independentes das oscilações dos preços) devem ser deduzidas das condições gerais da produção capitalista. A simples relação assalariado-capitalista implica: 1. Que a maioria dos produtores (os operários) sejam não consumidores (não-compradores) de uma grande parte de seus produtos, a saber, os meios e os materiais de trabalho. 2) Que a maioria dos produtores, os operários, não possam consumir um equivalente de seu produto senão se eles produzem mais do que esse produto – a mais-valia ou sobre-produto. Sempre lhes é preciso ser sobreprodutores produzindo além de suas necessidades, a fim de poderem ser, nos limites de suas próprias necessidades, consumidores, compradores. (MARX, 1973, p. 286).

Assim, a principal causa que torna real a crise econômica no capitalismo está no seu caráter contraditório, pois, ao se apropriar gratuitamente de grande parte do trabalho da maioria da população, ele reduz sua possibilidade de consumo. Assim, o objetivo final do capitalista não é consumo e sim o lucro (GONZALEZ, 1977).

Temos, então, dois tipos de crises: a que é oriunda da superprodução e a da superacumulação. A primeira nada mais é que a ocorrência da expansão e contração sucessivas na produção de mercadorias. Mandel (1982, p. 75) assim a descreve:

Corresponde a isso um movimento cíclico adicional de expansão e contração na realização de mais valia e na acumulação de capital. Em termos de ritmo, volume e proporções, a realização de mais-valia e a acumulação de capital não são inteiramente idênticas entre si, e tampouco são iguais à produção de mais-valia; as discrepâncias entre esta última e a realização, e entre a realização da mais valia e a acumulação de capital, proporcionam a explicação das crises capitalistas de superprodução.

A crise no sistema capitalista é diferente dos regimes anteriores, pois sua característica está no fato de haver excesso ou abundância de mercadorias e não sua escassez. Assim, essa superprodução é relativa, pois, mesmo havendo excesso de mercadorias, não serão todos que terão condições para adquiri-las já que os trabalhadores recebem cada vez menos pelo que produzem (GONZÁLEZ, 1977).

Já a crise por superacumulação ocorre, ainda segundo Mandel (1982, p. 415), quando “[...] há um volume significativo de excesso de capital na economia, o qual não pode ser investido à taxa média de lucro normalmente esperada pelos donos de capital”.

De acordo com Marx (1973), é a taxa de lucro que estimula e move a produção capitalista. Assim, o Estado de Bem-Estar está em risco, pois apresentou, a partir da década de 1970, queda acentuada na taxa de lucro e o registro de estagflação, numa combinação entre estagnação e altas taxas de inflação.

Apesar de alguns argumentarem que a crise estava ligada ao fim da paridade entre o dólar e o ouro, acrescida da alta do preço do petróleo, Mandel (1982) contrapõe à ideia de que a alta do petróleo tenha sido um dos principais responsáveis pela crise que se iniciou a partir da década de 70. Na sua concepção, o que estava em pauta era a luta em torno da taxa de mais valia, e o capitalismo faria de tudo para ter, de fato, acréscimo efetivo na mesma.

Chesnais (1996) aponta que a crise teve por base resultado de um longo período de crescimento econômico, com redução na rentabilidade de se investir na produção, ao contrário do que pregava Keynes sobre a morte de quem vivia de renda, visto que não ocorreu. Assim, os proprietários das indústrias buscaram no mercado financeiro nova forma de aplicar o seu capital.

A financeirização do capital será, então, a transferência do que seria investido na produção para o mercado financeiro, em virtude da queda das taxas de lucro para investimentos na produção e no comércio, passando esse dinheiro a ser

remunerado por meio dos juros nas instituições bancárias, pelas companhias de seguros e pelos fundos de pensão (MONTAÑO, 2011).

A financeirização do capital provoca mudanças na relação entre o Estado e o mercado, que possui muito mais capital que o primeiro, sendo que a correlação de força toma nova configuração.

Nesta nova ordem e em virtude do grande volume de capital financeiro, onde é possível em um dia negociar o PIB de um país inteiro, captar tais recursos passou a ser o grande desafio dos Estados, mas também um grande problema, em virtude de sua característica volátil. Para que fosse possível essa atração, os Estados fazem mudanças em sua economia, legislação e estrutura institucional (COSTA, 2006)

Assim, para que houvesse mudanças profundas na relação do Estado para com a sociedade e o mercado, o neoliberalismo trouxe, ao primeiro, a ordem dada pelo capital. Tais mudanças possibilitaram a expansão do sistema de acumulação flexível e a financeirização do capital.

Seus pressupostos surgiram em parte da Europa e da América do Norte, onde predominava o capitalismo enquanto sistema socioeconômico. Para o grupo de pensadores que fundou a Sociedade Mont'Pèlerin, o Estado, ao intervir nos mecanismos do mercado, restringiu a liberdade econômica e até política (ANDERSON, 1995).

Esse grupo de intelectuais passou anos aguardando o momento exato de contrapor o Estado de Bem-Estar, argumentando que este realizava gastos maiores que sua receita. Tais gastos favoreciam o aumento da inflação, particularmente os gastos sociais, inibindo o investimento e, conseqüentemente, o crescimento econômico (COSTA, 2006).

O Estado defendido por esse grupo de pensadores é aquele que, para atrair o capital globalizado, precisou desregulamentar sua economia, rompendo as fronteiras nacionais e criando condições que garantissem sua acumulação e reprodução.

O Estado Neoliberal, ao contrário do de Bem-Estar, tem como função promover, por meio de suas instituições, ambiente que garanta, acima de tudo, a propriedade privada, o livre comércio e livre mercado. É nesse ambiente que o bem-estar humano, a princípio, será bem provido pelo mercado (HARVEY, 2008).

As ações que norteiam o neoliberalismo são: a anulação do poder dos sindicatos, a busca pela estabilidade monetária e as reformas fiscais, realizados por

meio de “[...] disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reservas de trabalhadores para quebrar os sindicatos”. (ANDERSON, 1995, p. 11). Já a reforma fiscal, tendo como objetivo incentivar os agentes econômicos por meio da redução dos impostos incidentes sobre a renda e os rendimentos, fez com que “[...] uma nova e saudável desigualdade iria voltar a dinamizar as economias avançadas []”. (ANDERSON, 1995, p. 11).

Em países da América Latina, como o Chile, Bolívia, México, e Argentina, o neoliberalismo encontrou espaço ideal para a execução de sua política minimalista do Estado, tendo o mercado como o grande ordenador econômico, político e social. Foi o caso do Chile, em particular, num período de ditadura militar, uma das mais cruéis, vale resaltar (ANDERSON, 1995).

No Brasil não foi diferente, apenas considerando suas características, o neoliberalismo encontrou conjuntura econômica e social diferente daquela de outros países latino-americanos: uma burguesia industrial protegida pelo Estado e o movimento social em plena atividade com capacidade de articulação política e social, devido à proximidade histórica do fim da ditadura militar no país. Porém, a dívida estatal contraída nos anos anteriores, em virtude do grande volume de dinheiro disponível para empréstimo dos países centrais para os periféricos e o processo inflacionário em alta, fez diminuir as resistências, ganhando o neoliberalismo maior espaço de realização (SADER, 1995).

É neste estado da arte que o mundo se encontrava, o Brasil iniciou a constituição do seu Estado Social por meio das conquistas de 1988, ao apresentar a Seguridade Social enquanto conceito que remete à proteção social aos seus cidadãos, não mais como favor, mas como direito universal.

Mas, o que se vê após a Constituição Federal de 1988 são os ideários neoliberais barrando a implantação de políticas necessárias à formação dessa rede de proteção social. No Brasil, a esses ideários foi dado o nome de “reforma”, pois a argumentação dos dirigentes era que as causas centrais da crise econômica no Brasil derivavam de um Estado atrasado, por isso, da necessidade de implantação de um projeto que o modernizasse (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Para os que defenderam a posição que a reforma havia realmente ocorrido na Constituição Federal de 1988, as propostas apresentadas posteriormente seriam, na verdade, a contrarreforma das conquistas sociais.

Nesta seção, analisaremos as ações executadas com o propósito do desmonte do Estado e, conseqüentemente, dessa rede de proteção ainda incipiente, seja pela privatização, que entregou boa parte do patrimônio público brasileiro a empresas estrangeiras, ou pelas leis que não efetivam a seguridade social no Brasil, com destaque para a saúde, um dos tripés dessa seguridade, conforme determina a Constituição Federal de 1988, tanto para o Brasil quanto para Mato Grosso.

1.1 A SEGURIDADE SOCIAL E A CONTRARREFORMA

Neste contexto histórico, o Brasil encontrava-se em contradição com relação a boa parte do mundo, visto que apresentava, por um lado, um conjunto de leis que embasavam um Estado semelhante ao “*Welfare Stater*”, universal e com forte participação popular; por outro lado, as políticas econômicas aplicadas seguiam as determinações neoliberais, das quais derivavam políticas sociais focalizadas, privatizadas e fragmentadas.

Nas leis que levariam a um Estado semelhante ao de Bem-Estar está o conceito instituído de seguridade social, garantido na Constituição Federal de 1988 – no Título VIII da Ordem Social, o capítulo II – referente à Seguridade Social, onde o Artigo 194 apresenta a mesma enquanto resultado de “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (BRASIL, 2012, p. 111).

A seguridade social, antes mesmo de se constituir direito do cidadão, se constitui em direito de todo ser humano, princípio constante na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no Artigo 25: “direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade”. (ONU, 1948, p. 5).

Para Boschetti (2006, p. 37), “[...] o Estado deve proteger os trabalhadores contra os riscos ligados ao trabalho ou garantir padrão mínimo de proteção a toda a população?”.

Os modelos bismarckiano e o beveridgiano guiaram os países, porém incorporaram concepções que diferem tanto no que diz respeito ao financiamento

quanto pela forma de contribuição, características que, de certa forma, responde à pergunta formulada acima. O modelo bismarckiano tem por base o princípio do acesso ao direito e sua contribuição anterior, ou seja, o indivíduo deve ter contribuído anteriormente para ter acesso ao benefício, seja auxílio ou até mesmo aposentadoria. Assim, os que não contribuem ficam à margem desse sistema de proteção social. O modelo beveridgiano, ao contrário do bismarckiano, tem por princípio a universalidade, ou seja, não há necessidade de contribuição direta pelo indivíduo para que o mesmo tenha acesso ao benefício mínimo. A condição está no fato de a pessoa ser cidadão, ter nascido no país e exercer a sua cidadania (ZIRMMERMANN, 2005).

No Brasil, o processo histórico da seguridade social demonstra que não houve definição clara sobre qual modelo deveria ser utilizado, mas sim sua construção com base em uma conceituação não clara, especialmente na década de 1980, como analisa Boschetti (2006, p. 38):

[...] poderia ser classificado como misto: ele era semelhante ao modelo beveridgiano por instituir princípios como a unificação e a uniformização da assistência médica para todos os trabalhadores urbanos, bismarckiano por manter a condicionalidade entre o benefício previdenciário e as contribuições sociais; e, finalmente, assemelhava-se ao modelo estadunidense por estabelecer os direitos sobre a base de um contrato social entre Estado e segurado, em detrimento de direitos sociais inerentes à condição de cidadão.

Ainda segundo o mesmo autor, essa configuração se manteve, inclusive, na Constituição Federal de 1988, onde cada política social que compõem o tripé da seguridade social, previdência, saúde e assistência social, possui formas de financiamento, cobertura e públicos diferentes. Assim, a previdência seguiu a lógica do seguro, sendo a universalidade um dos princípios da saúde e da assistência social, capazes de atender aos pobres e não aptos ao trabalho, cumprindo com o direito a cidadania. Temos, então, o modelo bismarckiano para a previdência, sendo que para a saúde e assistência social, o beveridgiano.

Grande parte das discussões atuais sobre esses modelos centra na questão do seu financiamento. Entretanto, o que é de fato relevante está na afirmação anteriormente feita por Boschetti: a construção de uma seguridade social que tenha caráter universal, possibilitando, assim, o uso de mecanismos redistributivos e que

de fato protejam seus cidadãos, independentemente de serem eles trabalhadores assalariados.

No caso do Brasil, isso deveria ser ponto importante a ser considerado, pois somos um país que sempre apresentou instabilidade no seu mercado de trabalho. Ao contrário dos países capitalistas centrais, que operavam com o pleno emprego ao longo do período de crescimento econômico, o Brasil, apesar de instituir na Constituição Federal de 1988 a seguridade social fundada numa lógica previdenciário-assistencial, não possui característica estruturante que dê base a um modelo de sociedade salarial, vez que não foram verificadas alterações significativas no número de trabalhadores com carteira assinada, em relação ao universo da população economicamente ativa, o que demonstra que somos “uma sociedade não-salarial, ou com frágil assalariamento”. (BOSCHETTI, 2006, p. 10).

Assim, a seguridade social, proposta com base nos dois modelos calcados na seletividade e universalidade, foi a melhor opção na consolidação do estado democrático e de direito que começou a ser construído após os anos de ditadura militar (BOSCHETTI, 2006).

Mas, apesar de todos os esforços, principalmente dos movimentos sociais, o que se seguiu à Constituição Federal foram práticas neoliberais, dentre elas o que denominamos de contrarreforma, que de acordo com Montañó (2011, p. 203):

A chamada “reforma do Estado” funda-se na necessidade do grande capital de liberalizar – desimpedir, desregulamentar – os mercados. Assim, concebe-se como parte do desmonte das bases de regulação das relações sociais, políticas e econômicas. Portanto, tal reforma deixa claro que seu caráter não é um “ajuste positivo” de caráter meramente administrativo-institucional, apenas no bloco político-burocrático, mas está articulada à reestruturação produtiva, à retomada das elevadas taxas de lucro, da ampliação da hegemonia política e ideológica do grande capital, no interior da reestruturação do capital em geral – tem assim um caráter político, econômico e ideológico [...]

Não se pode negar que o Estado, ao final do século XX, apresentava graves problemas - legitimação e reprodução do capital, inflação em alta, crise fiscal, corpo técnico defasado, agravamento das questões sociais e necessidade urgente de abrir seu mercado para a economia globalizada, onde não havia território e muito menos soberania. Entretanto, perdeu-se a oportunidade de utilizar essas circunstâncias

históricas enquanto fator proativo de discussão, análise e mudança, assim, “[...] dobraram-se aos fatos, em vez de dialogar com eles”. (NOGUEIRA, 2005, p. 46).

Essa contrarreforma teve como principal objetivo preparar o país para o mercado mundial globalizado e altamente competitivo. As regras estavam postas pelo Consenso de Washington¹ e já estavam sendo implementadas pelos países desenvolvidos, tendo como principal consequência a destruição ou redução do Estado de Bem-Estar.

Fiori (1996)¹ aponta a diferença entre os países desenvolvidos e os da América Latina, onde não ocorreu a implantação completa (se é houve) de um Estado de Bem-Estar, ou seja, os países latino-americanos foram duplamente prejudicados, primeiramente por não terem o Estado Social de fato e, em segundo, pelas frágeis políticas sociais focalizadas, centralizadas e subfinanciadas, prejudicadas pelos ideários neoliberais.

Para Santos (2006), a contrarreforma tem realmente como objetivo barrar os avanços sociais conquistados na Constituição Federal de 1988. Já as argumentações utilizadas pelo grupo que conduziu a reforma constitucional deixavam claro que os problemas enfrentados pelo país, naquele período, estavam relacionados à inserção do Estado no mercado, o que provocou deteriorização dos serviços públicos, inflação, crise fiscal etc..

Para que esse cenário fosse superado fazia-se necessário um Estado não mais interventor, mas sim regulador de mercado, baseado na gestão gerencial-administrativa que possibilitava o atendimento da nova ordem mundial.

O governo Fernando Herinque Cardoso conseguiu centralizar a discussão sobre a reforma do Estado no âmbito da administração pública, sob o argumento de que a crise fiscal era fruto do modelo de Estado desenvolvimentista, onde o mesmo perdera sua capacidade de reverter a poupança pública em investimento. Assim, a reforma do Estado passou a ter cunho e discurso apenas técnicos, não sendo necessário passar pela discussão política e tão menos econômica (COSTA, 2006).

Nogueira (2005, p. 40) reafirma:

¹ Segundo o Prof. José Luís Fiori (1996) em palestra proferida no Centro Cultural Banco do Brasil, o Consenso de Washington nada mais é que um conjunto de ideias de diversos pensadores de institutos importantes localizados na capital dos Estados Unidos, que trazia uma “lista” de atitudes, políticas e reformas, a serem tomados pelos países da América Latina. Na verdade esta lista nada mais era que a tradução das ideias neoliberais representadas tão bem pela mais respeitada representante desta hegemonia, a então dama de ferro, Sra. Margareth Thatcher.

[...] quando se fala em “reforma do Estado”, pensa-se imediatamente em reforma da gestão e do aparato administrativo, focando-se muito mais a dimensão instrumental do Estado do que sua dimensão ético-política. A própria idéia de Estado perdeu clareza e dignidade. Enquanto se falava, aos quatros ventos, em reforma do Estado, em diminuição do tamanho e das funções do Estado, em ajustes e reconfigurações, podia-se assistir à expansão de formas não-estatais de organização, prestação de serviços e “monopólio da violência”.

A estratégia foi correta para esvaziar a oposição, principalmente a manifesta por meio dos movimentos sociais. Em virtude da falta de debate com a sociedade, sobre o que seria a reforma e seus impactos, muitas das conquistas obtidas em 1988 até hoje não foram implantadas e implementadas de direito e de fato.

No Brasil, a contrarreforma teve início com a Reforma Administrativa Brasileira, nos primórdios do governo de Fernando Henrique Cardoso, tendo como mentor o Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado Luís Carlos Bresser Pereira, que se manteve à frente do cargo até o último ano de mandato de Fernando Henrique Cardoso. A contrarreforma continua no Governo de Luís Inácio Lula da Silva.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, em sua introdução, deixou claro que a crise era derivada de um Estado intervencionista no setor produtivo e, ao fazê-lo, agravou a qualidade dos serviços públicos, principalmente no que se refere àqueles prestados à parcela menos favorecida da população, ampliando a crise fiscal e a inflação (BRASIL, 1995).

Por essa reforma, o Estado deixava de ser responsável pelo desenvolvimento econômico e social via produção de bens e serviços, passando a ser agente fomentador e regulador do desenvolvimento (BRASIL, 1995).

Isso redundou em privatizações, momento em que as empresas estatais foram transferidas para a iniciativa privada, mas também pela publicização, quando os serviços competitivos ou não exclusivos de Estado foram transferidos para setor público não estatal, e também para a iniciativa privada, como forma de complemento, como foi o caso da saúde, sempre proclamando um discurso que indicava eficiência, eficácia e efetividade na parceria entre o Estado e sociedade (BRASIL, 1995).

Costa (2006) aponta que a base de defesa do governo Fernando Henrique Cardoso para a saída do Estado do setor produtivo, sua privatização, publicização e

focalização nas funções básicas, seria que o crescimento econômico traria, direta e imediatamente, também o desenvolvimento econômico.

Entretanto, a autora lembra que esse argumento já havia sido utilizado, o de deixar o bolo crescer para depois dividi-lo. Entretanto, a história mostrou que isso não ocorreu.

Tal reforma do aparelho do Estado consistiu basicamente na mudança do modelo burocrático para o gerencial, definindo claramente seus objetivos e metas por unidade administrativa ou áreas temáticas, o que possibilitaria a adoção de mecanismos para a execução, monitoramento e avaliação das ações e serviços públicos e em conjunto com a descentralização promovendo melhora na qualidade dos mesmos (BRASIL, 1995).

Muito mais que a mudança na forma de gerir o Estado, a reforma trouxe alterações no seu conceito, que passou a ser apenas a de fomentador e regulador pela via do mercado, não mais provedor direto dos serviços aos cidadãos, agora clientes.

Na história recente da administração pública brasileira e com a consolidação do Estado Liberal Democrático surgiu o modelo de Administração Burocrática, como forma de combater a corrupção e o nepotismo inerentes ao patrimonialismo (BRASIL, 1995), resguardado por regras abstratas, relações de autoridade e corpo burocrático. Partia-se da desconfiança essencial nos administradores públicos, sendo necessária a instituição de rígidos mecanismos de controle, principalmente nos processos de admissão de pessoal e compras (BRASIL, 1995).

O documento relata, propositadamente, apenas uma qualidade para a Administração Burocrática – a do controle dos abusos – mas seus defeitos passaram “[...] a ineficiência, a auto-referência, a incapacidade de voltar-se para o serviço aos cidadãos vistos como clientes”. (BRASIL, 1995, p. 15).

Segundo o discurso do governo, o objetivo da reforma do aparelho do Estado foi a mudança de uma administração burocrática para gerencial. Esse formado rígido, voltado para os meios, passou, a partir de então, a focar no resultado do serviço público como meta final, deixando o servidor menos engessado na execução das suas atribuições. A partir dos princípios da descentralização administrativa e política, organizações com poucos níveis hierárquicos, ao invés de piramidal, pressuposto da confiança limitada e não da desconfiança total, controle por

resultados e, por último, o atendimento ao cidadão como foco principal da administração pública (BRASIL, 1995).

O interessante no texto que trata da reforma do aparelho do Estado é que as conquistas obtidas pela Constituição Federal de 1988 foram tratadas como retrocesso à implantação do modelo gerencial no Brasil, ao estabelecer que o poder executivo não tinha mais autonomia sobre a estruturação dos órgãos públicos, pela obrigatoriedade de um regime jurídico único para os servidores nas três esferas de governo e pela aplicação das mesmas normas da administração direta para administração indireta, às fundações e autarquias públicas (BRASIL, 1995).

E admite que parte dessas ações tentava evitar o que já havia ocorrido com o processo de descentralização e flexibilização da administração pública instituídas pelo Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967, que dispôs sobre a organização da Administração Federal, estabelecendo diretrizes para a reforma administrativa em tempos de ditadura militar (BRASIL, 1995).

No item diagnóstico, o documento trouxe algumas indagações que direcionaram o levantamento das informações, a análise e, posteriormente, a elaboração das propostas. Tais questionamentos buscavam reafirmar a necessidade da retirada do Estado enquanto executor direto das atividades, se o mesmo deveria transferi-las para os Estados ou Municípios ou para o setor público não estatal etc. (BRASIL, 1995),

O momento do diagnóstico também considerou a questão da força de trabalho ou das condições do mercado de trabalho (termos que eles se preferem), como preferido, e apresentou mais dimensões referentes aos problemas, como a dimensão institucional-legal, a dimensão cultural e a dimensão gerencial (BRASIL, 1995).

Por que é importante destacar o que norteou esse processo de reforma? Porque, a partir da análise do que foi proposto dentro da reforma para cada pergunta e cada dimensão, é possível estimar seus impactos para as conquistas de 1988, na área da saúde.

Nesse caso, a dimensão institucional-legal reafirmava o que está claro na Constituição Federal de 1988, referente à descentralização dos serviços sociais aos Estados e Municípios e, conseqüentemente, a divisão da receita.

Além dessa dimensão, a saúde apareceu no Plano Diretor em mais um contexto. Está incluída em dois dos quatro setores que dividem o aparelho do

Estado: nas atividades exclusivas e nos serviços não exclusivos. Nas atividades exclusivas ela aparece nas normas sanitárias e na compra de serviços de saúde, sendo que nos serviços não exclusivos está inclusa nos serviços que envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou também os que não podem ser transformados em lucros, como as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus (BRASIL, 1995).

Fica mais evidente sua presença no setor dos serviços não exclusivos, levando ao entendimento de sua total oferta via mercado, atendendo, assim, aos anseios da reforma que era o de ampliar o máximo possível a participação da iniciativa privada e minimizar a oferta desses serviços via Estado.

A iniciativa privada ficou travestida do que se denominará, na reforma, como propriedade pública não estatal, “constituída pelas organizações sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público”. (BRASIL, 1995, p. 43), reafirmando o propósito da transferência da oferta de serviços, da esfera estatal, para o mercado.

Argumentava o governo que seria possível o controle, que ele denomina como social, e a facilidade na execução, já que as regras eram mais flexíveis para tais entidades. O que fica claro nas argumentações utilizadas é que, mesmo em se tratando da reforma do *aparelho* do Estado, as mudanças propostas alteraram significativamente o Estado, e não somente sua estrutura.

Dentro do que se propôs, apenas o núcleo estratégico e as atividades exclusivas seriam totalmente estatais, sendo os demais setores executados plenamente pelo mercado. Assim, o Estado passava a ser apenas a entidade arrecadadora e compradora de serviços.

O Plano consolidou todas essas propostas nos objetivos gerais, onde o Estado deveria limitar suas ações “àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não-estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado e para a iniciativa privada”. (BRASIL, 1995, p. 45).

Dentro dos objetivos gerais há a ratificação do que já havia sido proposto pela Constituição Federal de 1988, “transferir da União para os estados e municípios as ações de caráter local: só em casos de emergência cabe a ação direta da União”. (BRASIL, 1995, p. 45).

Nos objetivos para os serviços não exclusivos, ficou estabelecida a forma como seriam transferidas as ações para o serviço público não estatal e quem financiaria essa nova forma de gestão. As transferências ocorreram por meio de programa de “publicização”, onde as atuais fundações públicas seriam transformadas em organizações sociais. A partir disso, tais organizações sociais poderiam formalizar contrato de gestão com o poder executivo e ter direito a dotação orçamentária. O Estado seria seu principal financiador, podendo a mesma vender, para a sociedade e em parcela menor, seus serviços, ou receber doações (BRASIL, 1995).

O processo de transição foi emoldurado por três dimensões: a institucional-legal, que fez as alterações necessárias no marco regulatório; a cultural, incumbida da transição do modelo burocrático para o gerencial, e, por fim, a dimensão da gestão pública, incumbida de proceder às mudanças necessárias na estrutura organizacional, nos processos de trabalhos e nos métodos e metodologias de gestão (BRASIL, 1995, p. 48).

Foi a dimensão institucional-legal que possibilitou as principais alterações à mudança do modelo burocrático para o gerencial. Foram imprescindíveis as alterações jurídicas para colocar em prática as propostas como, por exemplo, a transferência das ações estatais para as públicas não estatais, a privatização, a flexibilização da admissão de pessoal, as alterações na previdência dos servidores, a exoneração de servidores por excesso de pessoal ou incapacidade, ou insuficiência de desempenho, sistema de saúde dos servidores etc. (BRASIL, 1995).

Entretanto, até o presente momento o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado apenas se incumbiu do planejamento, lembrando que, em todo o documento, fica velado ser o Estado o grande ente modificado e não somente o seu aparelho.

Ao desconsiderar que a crise do Estado é consequência direta do “endividamento externo do país, à internacionalização do capital financeiro e à agiotagem com títulos da dívida pública” (COSTA, 2006, p. 182), o governo colocou em execução a reforma do aparelho, a partir das Emendas Constitucionais 19 e 20, de 1998.

Costa (2006) avalia que a reforma não trouxe mudanças para a área tributária, pois o país não conseguiu avançar na discussão sobre a necessidade de

mudar os processos, visto tratar-se, o Brasil, de um país altamente concentrador de renda e riqueza.

A reforma administrativa teve início, acreditando-se que a crise fiscal do Estado estava relacionada aos gastos com pessoal e com a estabilidade, direito alcançado pela Constituição de 1988 e posto como o grande entrave ao avanço da administração gerencial.

A Emenda Constitucional n. 19/1998, no que diz respeito à política de recursos humanos, trouxe alterações significativas, pois incluiu a acessibilidade de estrangeiros a cargos públicos, o que não era possível pela Constituição, e retirou a preferência, aos servidores efetivos, da nomeação aos cargos de confiança, deixando estabelecidos percentuais a serem definidos em leis específicas.

Sobre o direito a greve, alterou a especificação, pois, na Constituição, ela seria por meio de lei complementar e, na Emenda, por lei específica, podendo ser considerada como fato simples. Entretanto, pelos conceitos estabelecidos no Direito, ao mudar de complementar para específica, ocorreu uma perda no seu caráter constitucional, ou seja, deixou de ser um complemento, “[...] não no sentido de integrá-lo como as Emendas Constitucionais fazem e sim no sentido de especificá-lo, detalhar matérias de grande importância para o Constituinte Originário”. (ALENCAR, 2011, p. 1). Com tal alteração, profundas discussões sobre o tema podem ter deixado de ocorrer, já que os processos de discussão e de votação de ambas as leis foram diferentes.

Outros pontos marcantes foram: o fim da isonomia e do Regime Jurídico Único entre os servidores públicos; alteração do § 4º do Art. 39, no qual os proventos da aposentadoria seguiriam as alterações que ocorressem com a remuneração dos servidores em atividade, inclusive as que fossem provenientes de alterações nos planos de cargos, carreiras e salários, por exemplo, a “[...] transformação ou reclassificação do cargo ou função em que se deu a aposentadoria, na forma da lei”. (BRASIL, 1988, p. 12); inclusão, no Art. 37 da Lei, da figura do contrato, já com os conceitos da publicização, objetivos, metas, resultados, ele poderia ser firmado internamente, dentro do Estado, pelos seus órgãos institucionais; e a alteração da personalidade das empresas públicas que passaram, segundo o jurista Santos (2012), a ter menos rigidez em comparação às demais unidades administrativas que compõem o aparelho do Estado.

Na reforma administrativa inclui-se também a Lei n. 9.637, de 1998, que tratou da “[...] qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais [...]”. (BRASIL, 1998, p. 1).

A publicização foi a forma encontrada pelo Estado para transferir às entidades públicas não estatais os serviços não exclusivos, incluindo os de saúde, sempre com tendência à privatização, terceirização e focalização.

A reforma administrativa encerrou, nesse primeiro momento, suas atividades, realizando aquilo que era de fundamental importância para sua sustentação: as alterações nas leis, decretos e na própria Constituição Federal. O que, para a classe hegemônica dominante, se classificou como a saída de um Estado burocrático e a entrada triunfante no Estado gerencial, voltado para metas e resultados alcançados, regidos, preferencialmente, pelo mercado.

A contrarreforma para a seguridade social foi coroada com a Emenda Constitucional n. 20, de 1998, que tratou da reforma da previdência, trazendo alterações significativas e que poderiam ter sido piores se não tivesse havido grande mobilização por parte dos sindicatos, representantes da sociedade civil organizada e dos então partidos de oposição, sendo um dos seus representantes o Partido dos Trabalhadores (COSTA, 2006).

Para Costa (2006, p. 190), mais que controle de caixa, a reforma da Previdência Social é:

[...] parte importante do processo de ajuste fiscal, cujo objetivo é reduzir os gastos do governo, gerar superávit primário, manter um equilíbrio orçamentário para dar credibilidade externa ao país e saldar os juros da dívida pública. Um outro ponto importante é a privatização da Previdência Social, via a liberação para iniciativa privada atuar neste setor. A flexibilização das regras do mercado de trabalho também faz parte do arcabouço geral das reformas implementadas pelo governo FHC.

Entretanto, o golpe surtiu efeito contrário, pois, ao ter como principal fonte de receita a contribuição vinculada ao salário do trabalhador com carteira assinada, qualquer alteração no mercado de trabalho formal promoveria variação nessa receita previdenciária.

E como já vimos anteriormente, o Estado brasileiro não é, historicamente, um país com estabilidade no seu mercado de trabalho, não possuindo, assim, uma sociedade assalariada na acepção plena da categoria.

Como a política econômica no Plano Real não conseguiu ampliar o número de trabalhadores com carteira assinada, pois, ao privilegiar o controle da inflação por meio da manutenção de juros altos, não ocorreu aumento no investimento para produção e, conseqüentemente, não se verificou ampliação no consumo, principalmente o interno. Os juros altos afetaram também diretamente a dívida pública taxada por ela. Assim, a partir dos juros altos “[...] mantém a rentabilidade dos títulos da dívida pública, ampliando a dívida interna e inibindo o crescimento dos postos de trabalho ao conter a produção e o consumo”. (COSTA, 2006, p. 195).

Somado ao grande contingente de trabalhadores descobertos pela Previdência Social, ou seja, nunca haviam contribuído e se encontravam à margem da proteção social (fato que é recorrente na história brasileira), outros fatores, como as fraudes, a corrupção e dívidas patronais caracterizaram o sistema previdenciário brasileiro (COSTA, 2006).

É claro que outros aspectos devem ser considerados, por exemplo, a reforma buscou evitar as aposentadorias precoces, ao estabelecer como parâmetro para concessão da idade mínima e do tempo de contribuição, conforme alteração no Art. 40.

A justificativa para a inserção do componente idade, também utilizado em outros países, foi o aumento da expectativa de vida da população, uma vez verificada alteração no perfil demográfico no país, ao associar redução na taxa de fecundidade e aumento na expectativa de vida, ou seja, mais pessoas com idade acima de 65 anos do que as ativas, com idade entre 14 a 64 anos.

Se para o governo a inclusão do Fator Previdenciário foi um mecanismo na busca do equilíbrio entre a receita e despesa, para os trabalhadores tratou na verdade de “confisco parcial do valor da aposentadoria, impondo perdas aos segurados, no caso do setor privado” (SILVA, 2008, p. 89).

Entretanto, muito mais que o aumento no número de pessoas que ingressarão no sistema da previdência, “a informalização do mercado de trabalho ainda é o grande problema para a sustentação financeira da Previdência Social”. (COSTA, 2006, p. 200).

Outra alteração que trouxe grande impacto negativo ao avanço conquistado pela Constituição de 1988 foi a utilização do conceito “seguridade social” e o seu financiamento. A EC n. 20 estabeleceu que as contribuições vindas dos empregadores (as incidentes sobre a folha de salários e o faturamento e o lucro) e dos trabalhadores, deveriam ser destinadas apenas à previdência e não mais a saúde e assistência social, fragilizando o orçamento da seguridade social.

Ao retirar essa fonte de financiamento não foi verificado apenas redução do valor disponível para operacionalizar as políticas. Foi muito além, porque se perdeu a oportunidade de fusão da ideia de seguridade social, sua conjunção, o alinhamento das três bases para formação de rede de proteção social, saúde, previdência e assistência social.

Além da política econômica imperante no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a EC n.20/1998 foi um grande golpe para a seguridade social proposta na Constituição Federal de 1988, porém, o ataque neoliberal prossegue até os dias atuais.

Segundo, Fagnani (2011), o governo Lula (2003-2010) pode ser dividido em duas fases: a primeira, da continuidade do modelo econômico anterior, abrangendo o período de 2003 a 2005, e a segunda fase, de 2006 até 2010, na qual há alterações nesse comportamento estatal com algumas iniciativas desenvolvimentistas a partir de maiores investimentos na área social.

Entretanto, quando analisarmos estas “iniciativas desenvolvimentistas” o que se percebe é que estas remetem na verdade a um reformismo social, pois mesmo identificando “a necessidade de políticas de redução das desigualdades, [...] não faz referência ou dá pouca ênfase às reformas que afetam a estrutura tributária e a distribuição de riqueza” (GONÇALVES, 2012, p. 661). É o que se vê em todo o governo Lula, há ausência de reformas estruturantes que altere de fato a profunda desigualdade social brasileira.

Na primeira fase as altas taxas de juros, como mecanismo para controlar a inflação e o *superávit* primário, conquistado por meio da redução ou limitação dos gastos públicos, em especial para as políticas sociais, permaneceram como barreira ao avanço da universalidade na seguridade social. Porém, outra alteração na Constituição Federal ocorrida com a EC n. 20/98, deu continuidade às perdas dos direitos conquistados até então. A EC n. 41/2003 tratou das alterações para a

previdência do setor público, constituindo-se no “ pilar inconcluso da reforma privatizante iniciada por FHC”. (FAGNANI, 2011, p. 51).

Ainda nesse período, em virtude principalmente das grandes manifestações por parte dos movimentos populares, como as Conferências Nacionais, verificou-se avanços na política da assistência social, como a elaboração da Lei Orgânica da Assistência Social, a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (FAGNANI, 2011).

Para a seguridade social, o período que teve início em 2006 ainda foi de grande embate entre as áreas econômica e social, apesar de já haver articulação e proximidade entre ambas. A crise de 2008 deixou claro que as ideias neoliberais não eram tão eficientes e autossustentáveis, como havia sido defendido até então. Havia necessidade de um Estado não mais mínimo (FAGNANI, 2011).

Um exemplo do retorno ao Estado à economia ocorreu com o lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), em 2007, que teve como um dos seus objetivos resolver problemas na infraestrutura econômica e social do país, promovendo, assim, aumento na produtividade das empresas, redução das desigualdades regionais, assim como incentivo aos investimentos privados. As áreas contempladas foram: energia, saneamento, transporte, habitação e recursos hídricos e os recursos disponíveis inicialmente eram de, aproximadamente, seiscentos e cinquenta bilhões de reais (RODRIGUES; SALVADOR, 2011).

Porém, um programa instituído com propósitos tão amplos e complexos, como o PAC, ao final de um período de execução, demonstrou que por si só “ não altera a política econômica, não visa o pleno emprego, não amplia os gastos sociais e nem a amplitude da oferta de serviços sociais” (RODRIGUES; SALVADOR, 2011, p. 152). É preciso mais que uma ação pontual e com baixa execução orçamentária para se alterar o cenário social e econômico do país.

Alguns autores analisam que a partir de 2006, o Estado brasileiro retomou seu papel enquanto condutor de políticas públicas capazes de levar o Brasil a superar o subdesenvolvimento. Pochmann (2011, p. 17) analisa esses avanços:

[...] crescimento econômico duas vezes maiores que na década de 1990 (com a consequente volta ao posto do 8º PIB mundial), combinado com a redistribuição da renda, sobretudo na base da pirâmide social, e elevação da participação do rendimento do trabalho na renda nacional (44% em 2010). Para isso, foi necessário recompor as empresas e bancos estatais, ampliar o universo de

funcionários públicos por substituição dos terceirizados na execução das políticas de Estado e inovar as ações públicas, como nos casos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) para infraestrutura, do Programa Nacional de Habitação Popular (Minha Casa, Minha Vida), da exploração do petróleo no pré-sal, do alargamento da saúde, da educação, eletrificação, entre tantos outros exemplos.

Fagnani (2011) também considerou os grandes avanços desse período, apontando que os números que deram sustentação principalmente ao financiamento das políticas sociais são referentes ao mercado de trabalho. Houve redução na taxa de desemprego, ampliação no número de novos empregos formais, aumento no rendimento real médio mensal do trabalhador, crescimento na renda domiciliar *per capita*, além da evolução do PIB brasileiro.

Portanto, a seguridade social não pode deixar de apresentar as conquistas, já que o cenário econômico e social era positivo para o país. A assistência social continuou no seu processo de consolidação enquanto política fundamentada no direito e não mais no assistencialismo e clientelismo. Foram elaborados novos objetivos para o Sistema Único de Assistência Social - SUAS, com gestão descentralizada e participativa, criação dos Centros de Referências da Assistência Social (CRAS) e de Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). Verificou-se avanços também em relação a Segurança Alimentar, com o fortalecimento do seu marco regulatório, com a aprovação da Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) e a instituição do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com o conjunto de instâncias que fortaleceram o processo deliberativo e participativo da sociedade (FAGNANI, 2011).

A Previdência Social, dentre as três políticas que compõem a seguridade social, é talvez a mais sensível ao comportamento do mercado de trabalho e, em virtude disso tenha apresentado *superávit* que não era apurado desde 1997, lembrando que ele está ligado ao segmento urbano. Apesar disso, o Ministério da Previdência Social insistia em apresentar números deficitários, já que incluía no cômputo das despesas a previdência rural que, conforme determinava a Constituição Federal deveria ser financiada por receitas de impostos (COFINS, CSLL etc.). A mesma forma de análise ou erro se verificou com relação aos poderes Legislativo e Judiciário e para as Forças Armadas, ou seja, todos deveriam ser

atendidos por receitas de impostos e não pela contribuição sobre a folha de salário do trabalhador (FAGNANI, 2011).

O Projeto de Lei que transitava no Congresso Nacional sobre a regulamentação da previdência complementar para o setor público foi aprovado em 2012, por meio da Lei n. 12.618, de 30 de abril, já no governo Dilma, instituiu o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo. Também fixou o limite máximo para a concessão de aposentadorias e pensões pelo regime de previdência, de que trata o art. 40 da Constituição Federal, e autorizou a criação de três entidades fechadas de previdência complementar (FAGNANI, 2011).

Já em setembro de 2012, o Decreto n. 7.808 criou a Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo - Funpresp-Exe. Temos, então, a mais atual ação contrária aos princípios da seguridade social no Brasil, mais essa derrota para as conquistas sociais de 1988 (FAGNANI, 2011).

Assim, o período de 2003 a 2011 apresentou pontos positivos, como crescimento econômico, estabilidade monetária e fiscal, melhoria de indicadores sociais e ampliação da cobertura de alguns programas, porém, o Brasil não realizou mudanças estruturais que de fato provocassem alterações no âmago da sociedade. Não tivemos reforma tributária que avançasse na questão das políticas redistributivas, diminuindo, assim, a alta concentração de renda no país. Na verdade, a reforma tributária que tramita atualmente no Congresso nacional trás sérias perdas ao financiamento da seguridade social, sendo que a reforma agrária deixou de constar enquanto prioridade para o governo e a reforma política não conseguiu avançar.

Para a assistência e previdência social, a contrarreforma conseguiu barrar os avanços conquistados pela Constituição Federal de 1988, segundo a qual as políticas sociais, que deveriam ser universais, na verdade são focalizadas, a exemplo do Programa Bolsa Família, única estratégia para redução da pobreza extrema no Brasil, o que evidencia uma política mais focalizada que universal.

Numa análise mais detalhada, será discutido, a seguir, como a contrarreforma atingiu uma política social que tem como princípio estruturante a universalidade, não passando a saúde intacta aos ideários neoliberais.

1.2 A CONTRARREFORMA NA SAÚDE NO BRASIL

Behring (2008) analisa que se mantêm distantes da realidade os direitos duramente conquistados pela Constituição Federal de 1988 e para a saúde cabem aqui os apontamentos sobre como se deu o processo de desmonte ou não efetivação do que estava ali posto, a exemplo da garantia da universalidade, equidade às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nogueira (2005, p. 54) analisa que “[...] o reformismo incorporou quatro ideias inerentes ao discurso democrático em geral e ao radicalismo democrático em particular: descentralização, participação, cidadania e a sociedade civil”. Os motivos foram inúmeros, inclusive a exigência de sua abertura para a sociedade. No caso do SUS, há também a utilização, quase que cotidiana das palavras inseridas em quase todo seu marco regulatório.

Somados a essas quatro ideias, podemos adicionar também mais dois ideários neoliberais que igualmente afetaram o Sistema Único de Saúde, a focalização e a privatização (BEHRING, 2008).

Assim, “[...] descentralizar, privatizar e concentrar os programas sociais públicos nas populações ou grupos carentes [...]” são os caminhos seguidos pelos neoliberais na reforma do Estado (DRAIBE, 1993, p. 97).

O SUS, segundo a Lei 8.080/90, possui princípios e diretrizes a serem cumpridos, valendo destacar alguns: a universalidade de acesso; a integralidade de assistência; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios a partir da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, além de outros (BRASIL, 1990).

Nas diretrizes do SUS, naquelas que apontam os meios, caminhos, formas, estratégias, ferramentas de como seus princípios devem ser alcançados, a descentralização novamente foi mencionada. Além dela, temos a diretriz do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a diretriz da participação da comunidade (BRASIL, 1990).

A descentralização no SUS possibilitou a distribuição de poder político no processo de redemocratização pelo qual o Estado estava passando, quando da

transição da ditadura para a democracia, confirmando a importância do sistema de saúde público para a construção da cidadania. Além do poder político, há também a transferência de responsabilidades e de recursos (MATTA, 2012).

Dessa forma, em conjunto com outra diretriz - a da regionalização e hierarquização - a descentralização no SUS concretizou a ideia da formação de rede assistencial à saúde mais próxima do cidadão, ou seja, é no município ou na sua região de saúde que deve ocorrer o acesso às ações e serviços, sendo que fora desse território só se justifica no caso da assistência de alta complexidade ou tecnologia.

Mesmo que para o movimento sanitário tal descentralização não tenha os mesmos objetivos do neoliberalismo, visto ser o contexto brasileiro de afirmação dos ideários neoliberais, ao Estado mínimo se seguiram, principalmente no que toca à oferta de serviços sociais, políticas que auxiliaram, de fato, nessa descentralização “neoliberal”.

Assim, a descentralização ocorreu muito mais em relação às responsabilidades do que aos aspectos políticos, e muito menos aos financeiros.

Affonso (2000) aponta que em um processo de descentralização pode ocorrer, primeiramente, transferência de responsabilidade em virtude de crise fiscal ou de governabilidade e somente depois a transferência dos recursos financeiros. Em segundo lugar pode ocorrer a descentralização como resultado da tensão para a redemocratização. Nessa medida, primeiro são transferidos recursos financeiros e depois as responsabilidades ou atribuições.

Para Fagnani (2005), no Brasil houve a descentralização, em primeiro lugar, dos recursos fiscais, em virtude principalmente da transição da ditadura militar para a democracia, a partir do final da década de 1970, intensificado na década de 1980 por um movimento organizado e intenso realizado por lideranças estaduais e municipais, provocando alterações significativas na Constituição Federal de 1988:

A Constituição de 1988 penalizou duplamente as finanças do governo federal: a reforma tributária reviu a estrutura de repartição de recursos, transferindo parcela das receitas próprias da União para estados e municípios; e, alguns dos dispositivos constitucionais aprovados implicaram aumento de encargos (FAGNANI, 2005, p. 422).

Porém, o que se seguiu a partir daí foi a realização de muitas ações, estudos e articulações para que houvesse a recentralização dos recursos fiscais. A União, que deveria administrar o processo de descentralização, foi buscar meios para organizar e ajustar seu caixa, deixando a descentralização ocorrer desorganizadamente e à margem das particularidades de cada política social. (FAGNANI, 2005).

Assim, descentralizar obrigações e centralizar recursos provocou danos na estruturação das políticas sociais que iriam efetivar os direitos sociais contidos na Carta Magna, bem como os seus princípios básicos: universalidade, equidade e integralidade no cuidado da saúde.

No SUS, esse processo de descentralização se efetivou por meio de Normas, formalizadas em Portarias “[...] um certo ‘jeito NOB de fazer o SUS’, esculpindo-o a ‘golpes de portaria’”. (GOULART, 2001, p. 2).

Pela Norma Operacional Básica (NOB) e pela Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) o processo de descentralização se concretizou dentro do sistema, não só quanto à questão da descentralização, mas ao sistema como um todo.

Segundo Scatena (2000, p. 36):

A descentralização – na forma de municipalização - dos serviços e ações de saúde ganha impulso com a edição das NOBS 01/91 e 01/92, mas seu enfoque ainda se concentra no financiamento, principalmente da assistência médica, individual e curativa, reproduzindo o modelo que o MPAS tornou homogêneo nos últimos 40 anos. Não por acaso nesse período, o INAMPS foi a instância formuladora das duas primeiras NOBs, a controladora dos repasses financeiros a estados e municípios.

Em 1996 foi publicada a última NOB que objetivou a reordenação do modelo de atenção à saúde, por meio da definição dos papéis e responsabilidades de cada esfera, instrumentos gerenciais que possibilitaram que estados e municípios se tornassem de fato gestores do sistema, e não mais meros prestadores de serviços no que tange ao financiamento, preferencialmente pela modalidade fundo-a-fundo, ao monitoramento e avaliação voltados para os resultados e situação de saúde e, por fim, a direção dos serviços tendo o núcleo familiar e comunitário como meio para a consolidação da participação e controle social (BRASIL, 1996).

Assim, a descentralização ou municipalização foi feita de acordo com o nível de responsabilidade e segundo as condições que cada gestor contava ao

assumir no sistema. Houve a criação de dois níveis para que estados e municípios pudessem se habilitar. Os municípios poderiam se habilitar enquanto Gestão Plena da Atenção Básica e/ou Gestão Plena do Sistema Municipal. Da mesma forma, os estados poderiam habilitar-se enquanto Gestão Avançada do Sistema Estadual ou Gestão Plena do Sistema Estadual.

Temos, a seguir, a instituição de mais uma norma para a organização e consolidação do SUS, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), de 2001 e de 2002. A diferença entre estas e as Operacionais Básicas é que há a inserção da ideia das redes assistenciais de saúde com foco na regionalização. A NOAS, de 2001, apresentou novo instrumento: o Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos (PDRI), ampliando a responsabilidade dos gestores municipais para com a atenção básica. Já a NOAS de 2002 assim definiu seu objetivo:

O objetivo da NOAS–2002 era promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção, por meio de três grupos de estratégias articuladas: I – regionalização e organização da assistência; II – fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; III – revisão de critérios de habilitação de municípios e estados. (BRASIL, 2011, p. 25).

Vale destacar que todo esse processo normativo foi e é construído, discutido e pactuado em instâncias criadas pela NOB 1993, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A primeira, com representação paritária dos gestores das esferas federal, estadual e municipal (Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS) e, a segunda, com representação paritária dos gestores das esferas estadual e municipal (Secretaria Estadual de Saúde e Conselho das Secretárias Municipais de Saúde (COSEMS) (BRASIL, 1993)

Analisando o orçamento total pago pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento de suas políticas, no período de 2003 a 2011, se efetivava com valores corrigidos pelo IGP-DI e, desse valor, o montante, por sua vez, foi repassado aos estados e municípios para que fossem executadas as políticas, agora sob sua responsabilidade. Pode-se observar que, mesmo apresentando sempre evolução positiva no orçamento total pago pelo Ministério da Saúde e na maioria dos anos nos valores transferidos aos estados e municípios, não há variação expressiva de um exercício para outro, principalmente se considerarmos que, em 2003, já estavam em

execução as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

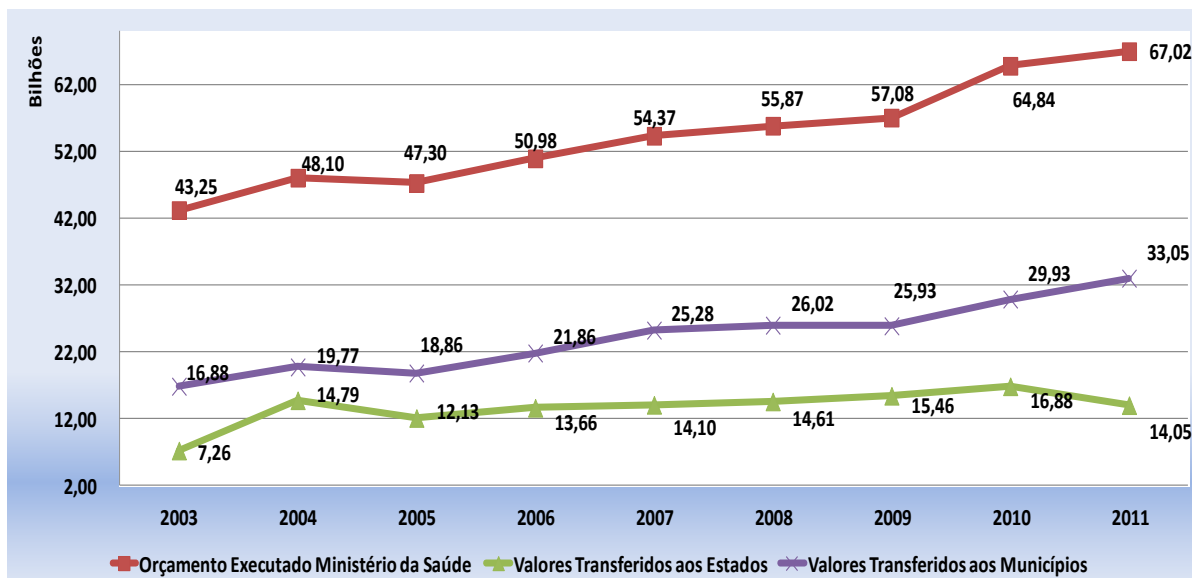


Gráfico 1. Orçamento total pago e valores transferidos aos Estados e aos Municípios pelo Ministério da Saúde – 2003 a 2011, valores deflacionados pelo IGP-DI.

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do SIAFI/SIGA.

Dos valores executados, o que apresenta um crescimento constante, mesmo que sem grandes variações de um ano para o outro, é o do Ministério da Saúde. Para os estados e municípios os valores transferidos apresentam oscilações durante todo o período, inclusive com reduções constantes para os estados e em alguns anos para os municípios.

Esse cenário caracteriza o federalismo brasileiro, pois há claramente uma desresponsabilização da União no financiamento das políticas sociais, mesmo que todo o marco regulatório transfira para os demais entes federados a execução das políticas nacionais.

Então, a cada nova norma jurídica avanços se verificaram na questão da descentralização, mesmo que ela ainda esteja pautada mais nas transferências de responsabilidades da União para os estados e municípios do que em recursos.

Scatena (2000) analisa que, mesmo ocorrendo um elevado número de habilitações dos municípios, em um ou mais tipos de gestão, foi verificada preocupação quanto à qualidade dessa habilitação, já que se trata de municípios

que apresentam grandes diferenças econômicas, culturais, sociais, geográficas e sanitárias.

Após a implantação das NOBs de 1996 e a NOAS 2001, houve grande adesão por parte dos municípios na habilitação, principalmente em relação à gestão da atenção básica, o que não se sabe é se esta adesão demonstrou que o município era capaz de garantir o mínimo de assistência à saúde aos seus cidadãos, ou se a adesão ocorreu enquanto tentativa de aumentar os recursos provenientes do Ministério da Saúde.

Em 1999, estavam habilitados na Gestão na Plena da Atenção Básica 4.849 municípios (88% do total), situação que permaneceu praticamente estável em 2001, quando haviam sido habilitados 4.969 municípios, registrando acréscimo de somente 2,47%.

Situação diferente pode ser observada quanto à Gestão Plena do Sistema, uma vez que, em 1999, havia 494 municípios habilitados, chegando a 565, em 2001, 14,37% a mais.

Essa diferença na evolução entre o número de municípios habilitados na Gestão Básica e na Gestão Plena sugere que as estratégias indutoras do Ministério da Saúde, para que os mesmos assumissem a atenção primária, estagnaram, seja pela existência de fragilidades estruturais ou financeiras, sendo necessário revê-las (Tabela 1).

Tabela 1. Evolução dos Municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal por Região Brasil - 1999 e 2001

REGIÃO	N.º de Municípios		Município Habilitado Gestão Plena da Atenção Básica			Município Habilitado Gestão Plena Do Sistema		
	1999	2001	1999	2001	variação	1999	2001	variação
NORTE	449	449	368	368	-	51	74	45,10
NORDESTE	1.787	1.792	1.637	1.640	0,18	118	147	24,58
CENTRO-OESTE	445	463	420	436	3,81	20	26	30,00
SUDESTE	1.666	1.668	1.334	1.380	3,45	263	274	4,18
SUL	1.159	1.189	1.090	1.145	5,05	42	44	4,76
BRASIL	5.506	5.561	4.849	4.969	2,47	494	565	14,37

Fonte: Elaboração da autora a partir SPS/MS e Scaterna (2000)

Ao habilitar-se a um tipo de gestão, estado ou município assumem responsabilidades pactuadas nas duas instituições deliberativas do SUS – na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e, na sua localidade, na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), sendo que todas essas pactuações devem merecer aprovação por seus respectivos Conselhos de Saúde. Dessas deliberações originam as Resoluções ou Portarias que apontam para ações a serem desenvolvidas, mas também quanto aos resultados esperados e recursos a serem repassados pelo Ministério e, algumas vezes, aqueles que os estados devem repassar aos municípios.

Essa regularidade na habilitação dos municípios não é observada no que tange à transferência de recursos. Ao analisar as variações de um exercício para outro pode-se observar a não normalidade nessas transferências de recursos, tanto para o Estado, assim como para os municípios (Gráfico 2).

Para os Estados, por exemplo, a ampliação dos recursos ultrapassou em 100% de 2003 para 2004. O Ministério da Saúde que, em 2003, transferira sete bilhões, sendo que em 2004 transfere quatorze bilhões de reais e, em 2005, reduziu esse valor em 17,93%. O que se percebe a partir desse exercício é a baixa variação dos valores transferidos, fechando 2011 com o valor de transferência aos Estados abaixo do que foi efetivado em 2004, ou seja, pouco mais que quatorze bilhões de reais (Gráfico 2).

De 2003 para 2004 se verificou que os valores transferidos aos Estados, apresentaram elevada ampliação, sendo que posteriormente não houve uma variação expressiva, inclusive apresentando redução em alguns anos. Já para os municípios, os valores transferidos apresentaram pouca variação de um ano para outro, sendo que em alguns acusaram redução (Gráfico 1).

Assim, em 2003, o Ministério da Saúde transferiu aos municípios um montante aproximado de dezesseis bilhões e, em 2004, esse valor passou para pouco mais de dezenove bilhões de reais, uma variação de 17,12%. A partir desse ano, a variação média, até 2011, foi de 7%, apresentando anos com redução, como verificado nos exercícios de 2004 para 2005 e de 2008 para 2009, encerrando 2011 como um total transferido aos municípios de trinta e três bilhões de reais.

Se considerarmos que a partir de 2006 ocorreu o Pacto pela Saúde, mais uma normativa com objetivo de acelerar o processo de descentralização, novamente percebe-se apenas a descentralização das responsabilidades e não dos recursos.

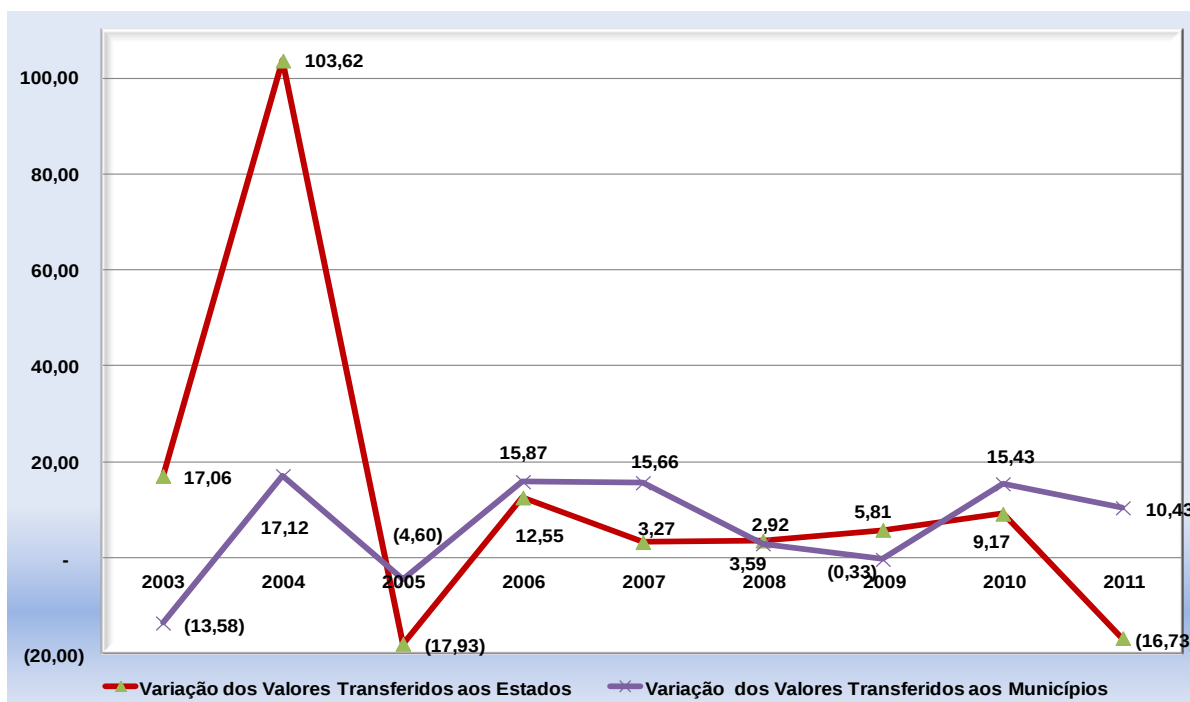


Gráfico 2. Variação do Orçamento Transferido aos Estados e Municípios pelo Ministério da Saúde no período de 2003-2011, valores deflacionados pelo IGP-DI
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIAFI/SIGA.

Scatena (2000) analisa que a percepção dos gestores e dos conselheiros de saúde sobre como ocorreu a descentralização, suas características e elementos, confrontando com os conceitos originais, não houve descentralização, mas desconcentração, pois a não autonomia sobre sua gestão, seja pelos recursos, serviços ou programas impostos pelos entes federal, estadual ou até pelo prefeito e seu posicionamento em consideração aos aspectos locais, suas necessidades e realidade, a não transparência materializa, de fato, a desconcentração e não a descentralização.

Assim, a descentralização proposta pela reforma do Estado ou a contrarreforma para os direitos sociais, nesse primeiro momento, avançou no objetivo de transferir, aos estados e municípios, um sistema que fosse regionalizado e hierarquizado, sendo:

[...] composto por dois subsistemas: o primeiro denominado porta de entrada e controle, que seriam os postos de saúde e o PSF, que ficaram responsáveis pela seleção e o encaminhamento para a rede ambulatorial dos casos de maior complexidade e especialidade, cuja autorização hospitalar passaria a ser distribuída pelo número de habitantes e não mais por leitos. O segundo subsistema seria formado por unidade de maior complexidade e especialização na

rede de ambulatórios e hospitais credenciados (preferencialmente as organizações sociais). (SALVADOR, 2010, p. 315).

Mesmo considerando a luta do movimento sanitário e suas argumentações sobre a importância da atenção básica qualificada e ordenadora do sistema de saúde, as ideias neoliberais cooptaram esse debate no momento da implantação de um sistema, uma vez que a porta de entrada - atenção básica – deveria ser de pouca complexidade, ficando os demais níveis de atenção à saúde contemplados por um dos pilares que sustentava a contrarreforma: a privatização.

Piola e Vianna (2008) apontam que o Brasil é um país de contradições, pois, mesmo possuindo sistema universal de saúde, o gasto privado é mais elevado que o público, pois existe maior número de leitos privados que públicos, adicionados à redução no número de leitos públicos, revelando que o gasto com saúde é menor que o de muitos países da América Latina.

Nada fora do que estava proposto pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, quando a saúde foi classificada como serviço não exclusivo, ou seja, o mesmo pode ser ofertado pelo mercado, seja por meio das organizações sociais, filantrópicas ou pelo setor privado.

O documento apresentado pelo Ministro Bresser Pereira (1995), chamado Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, deixou claro que cabia ao mercado a provisão dos serviços médicos de saúde, principalmente na área ambulatorial e hospitalar, inclusive com a “[...] formação de uma espécie de mercado, que promova a competição entre os fornecedores de serviços, com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados”. (BRESSER, 1995, p. 2).

O diagnóstico apresentado condiz com o estado da arte sobre a produção científica relacionada ao SUS até aquele momento, indefinição sobre seu financiamento, descentralização que não havia ocorrido de fato, aumento do custo dos procedimentos em virtude dos avanços tecnológicos, aumento nas fraudes, redução dos gastos em saúde, valores pagos por procedimentos abaixo do mercado, baixa qualidade dos serviços, dentre outros. (BRESSER, 1995).

A proposta do autor é condizente com os demais documentos formulados sobre a reforma do Estado, ou do seu aparelho. Seguiu-se a tendência à privatização dos serviços públicos existentes via transformação das unidades

estatais em organizações sociais, assim como a diferença entre a demanda e oferta a ser suprida pelo mercado.

Assim, a reforma concentraria esforço nas áreas ambulatorial e hospitalar, possuindo as seguintes características básicas:

(1) clara separação entre demanda de serviços de saúde, constituída por um Sistema Nacional de Demanda de Serviços de Saúde, abrangendo as esferas federal, estadual e municipal, e oferta de serviços de saúde, constituída pelos hospitais públicos estatais (de caráter federal, estadual ou municipal), os hospitais públicos não-estatais (hospitais públicos filantrópicos como as Santas Casas e as Beneficências), hospitais privados; (2) aprofundamento da atual política do Ministério da Saúde, de descentralização e municipalização, de forma que a responsabilidade direta pela saúde dos residentes em cada município seja do Conselho Municipal de Saúde e do Prefeito; (3) aproveitamento de todas as economias realizadas pelos municípios na assistência médica para utilização adicional nas ações de medicina sanitária. (BRESSER, 1995, p. 6).

Do que foi posto pela proposta dessa reforma, mesmo não tendo existido formalmente a reforma no SUS, muitas de suas ideias foram incorporadas nas políticas e práticas pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Um exemplo está na NOB 96, quando algumas dessas premissas foram inseridas no SUS. No texto, o cidadão é transformado em cliente que procurará ou demandará por um conjunto organizado de estabelecimentos produtores de serviços de saúde. Essa organização se deu pela programação pactuada entre os municípios, ficando definido quem prestaria o serviço e para quem, mediado pelo ente estadual.

O que Bresser (1995) propôs, basicamente, sem a necessidade de criação institucional do Sistema de Demanda, ficando a cargo de cada município e o Estado como mediador, foi a organização de uma rede de assistência ambulatorial e hospitalar. Cada prefeitura teria sua programação que seria custeada pela União, com contrapartida do estado e do município, se necessário, e pagas por um ou pelos dois tipos de modalidades, transferência fundo-a-fundo ou pela remuneração dos serviços prestados, aos moldes do que Bresser escreveu.

Além de todas essas semelhanças, Bueno (1996) aponta que a NOB 96 não respeitou a independência do gestor municipal, pois condicionou o repasse de

recursos federais aos objetivos, políticas, e metas nacionais, desconsiderando as realidades locais e suas condições sanitárias. É gestor pleno, sem plenitude.

Na formulação da Constituição de 1988, constituintes e estudiosos projetaram a formação de um governo central fraco, o que não se realizou: “[...], portanto, na Federação brasileira, o governo federal conta com autoridade regulatória para influir decisivamente na agenda política dos governos subnacionais”. (ARRETCHE, 2012, p. 16-17).

Retornando à privatização, é histórico que “no Brasil a atenção individual sempre esteve privatizada e nunca funcionou”. (BUENO, 1996, p. 15), mas, a cada nova legislação esse processo vai se confirmando, mesmo em tempos de democracia, distanciando cada vez mais do SUS proposto originalmente, cujo acesso deveria ser universal, equânime e integral.

Duas leis sustentaram o processo de privatização, mesmo que o discurso não fosse esse. A primeira, já mencionada anteriormente, a Lei n. 9.637/98 que tratou da publicização, e a segunda, a Lei n. 9.790/99, que versou sobre as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Necessário se fazia que tais organizações sociais se qualificassem (enquanto de interesse público) por meio de lei, enquanto pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. Precisavam desenvolver seus trabalhos de maneira universal e em áreas contidas na lei, visto que a saúde estava inclusa em, pelo menos, duas “[...] IV - promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei e; V - promoção da segurança alimentar e nutricional”. (BRASIL, 1999, p. 2).

O instrumento que formalizou a relação do Estado e da OSCIP foi o Termo de Parceria e deveria conter, no mínimo, os seguintes itens: do objeto, com a especificação do programa de trabalho proposto; as metas e os resultados esperados, prazos de execução e cronograma; critérios objetivos de avaliação de desempenho; previsão de receitas e despesas; apresentação de relatório sobre a execução do objeto do Termo de Parceria; publicidade na execução física e financeira dos resultados alcançados etc.

Outra forma de se privatizar dentro do próprio Estado se deveu ao aumento de algumas despesas que caracterizaram o não investimento no setor público, seja pela contratação temporária de pessoal, por tempo determinado, sem a realização de concurso público, ou pela extinção de alguns cargos e sua substituição por

empresas especializadas, principalmente nas áreas de limpeza, manutenção, telefonia e, em alguns casos, até no setor administrativo.

A terceirização é um dos mecanismos mais eficientes para a precarização do trabalho, pois, quando o gestor decide contratar uma empresa ou instituição ao invés de realizar um concurso público, essa decisão tem impacto em toda a cadeia produtiva do trabalho, em especial na relação dos indivíduos enquanto sujeitos da classe trabalhadora (CONASS, 2011).

O Sistema de Saúde incorporou a terceirização de serviços de forma diferente em suas esferas (união, estados e municípios), onde se encontram vínculos trabalhistas tão heterogêneos em uma mesma equipe de trabalho que, caso o gestor não tenha competência e habilidade com a equipe, o usuário terá prejuízo no acesso aos serviços e ações de saúde (CONASS, 2011).

Dos valores liquidados para os elementos de despesas – Contratação por tempo determinado (CTD) – e Locação de mão de obra (LMO) podem demonstrar, dentro do orçamento, como está a questão da terceirização no Ministério da Saúde (Gráfico 3).

Assim, podemos analisar que no período houve acréscimo substancial dos recursos alocados no elemento 4 - Contrato por Tempo Determinado no período de 2003 a 2005, passando, de R\$ 53,17 milhões, para R\$ 374, 26 milhões, com acréscimo de 703,89%. Iniciou-se, porém, a redução dos valores liquidados até 2008 e posteriormente verificou-se oscilações dos valores liquidados até 2011.

No elemento 37 – Locação de mão de obra, esse valor também foi evidenciado, saindo do montante de R\$ 242,04 milhões, em 2003, para 591,51 milhões, em 2011, registrando acréscimo de 244,38% em 08 anos. Vale pontuar que houve aumento nos valores liquidados no elemento de despesa 11 - Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil, que correspondeu aos salários pagos aos servidores estáveis ou nomeados, passando, de R\$ 4.154,10 bilhões, em 2003, para R\$ 6.757,26 bilhões, em 2011, o que pode explicar a redução nos valores liquidados para despesa com contratos temporários.

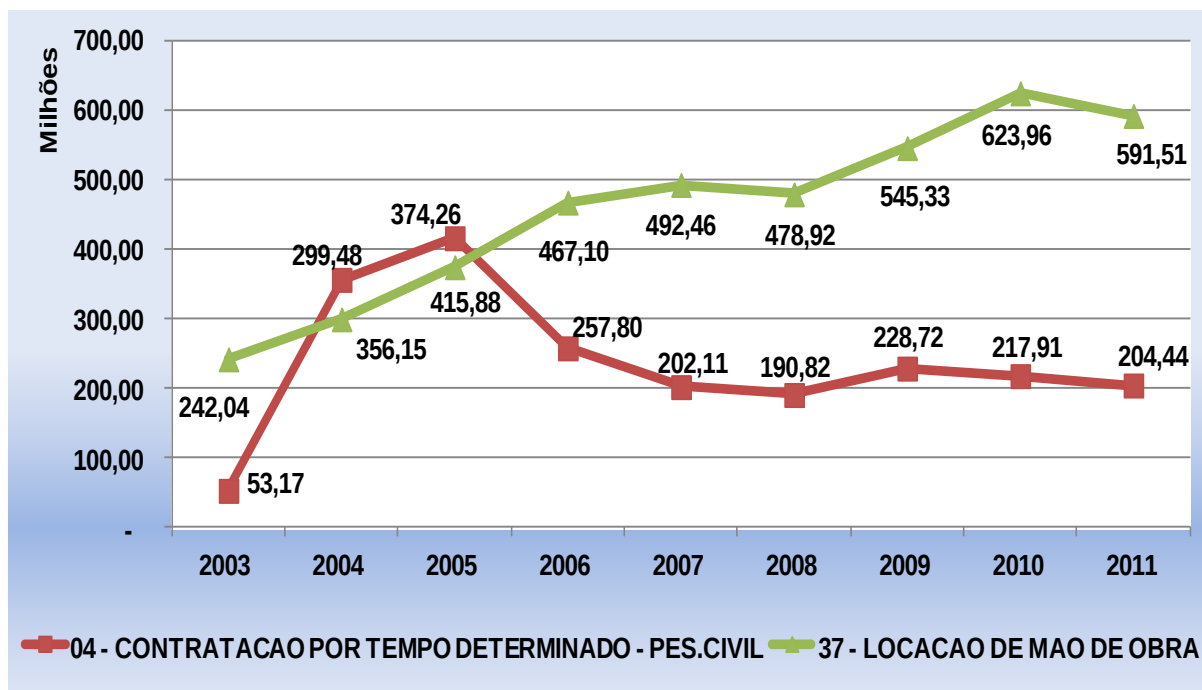


Gráfico 3. Valores Liquidados nos Elementos 04 – Contratação por Tempo determinado e 37 – Locação de Mão de obra no Orçamento Geral do Ministério da Saúde - Período 2003 a 2011, valores deflacionados pelo IGP-DI

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIAFI/SIGA.

Assim, a privatização no SUS, ocorreu pela inserção das organizações sociais na saúde, seja por meio de Termos de Parcerias ou Contratos de Gestão, pela terceirização ou também pela incorporação do “modo de pensar e agir” da iniciativa privada, transformou o objetivo de promoção, prevenção, cura e reabilitação em competição, a regulamentação pelo público, universalidade e domínio pelos trabalhadores pela desregulamentação e flexibilização, sua organização por meio de sistema para a atomização e sua finalidade de promover o bem-estar da saúde individual e coletiva em vencer a competição (CALIPO, 2002).

Dentre os três trinômios do neoliberalismo, a focalização produziu impacto negativo na busca pela concretude dos princípios do SUS. Isso porque, ao focalizar as políticas públicas, em virtude da redução ou limitação dos gastos sociais, prioridades foram definidas, ocorrendo o surgimento de uma nova categoria os “sub-focalizados”, ou seja, dentro da própria política priorizada houve a delimitação de grupos que foram atendidos em detrimento de outros. Assim, o princípio da universalidade deixava de ser garantido.

No contexto da justiça social é que ficou estabelecido o dilema sobre a focalização, sendo utilizado, inclusive, como argumento pelos neoliberais, tão bem exposto por Draibe (1993, p. 98):

Em face das já existentes desigualdades e do agravamento da pobreza, é como se estivéssemos passando de uma concepção do tipo 'dar tudo cada vez mais a todos'- uma forma de expressar a visão universalista, associada a direito social – à expressão 'dar mais a quem tem menos' modo de exprimir prioridade à população carente, seletivamente escolhida pelo foco da política e dos programas sociais.

Num país como o Brasil, de histórico duradouro e complexo, onde produzir e reproduzir a desigualdade social, mesmo em período de crescimento econômico continuado, o mecanismo de reduzir a pobreza não poderá ser somente pelas políticas sociais. Será preciso a junção de outras políticas com características estruturais, modificando, de fato, o contexto social e econômico do país (THEODORO; DELGADO, 2003).

Para Pereira (2009, p. 6), “[...] a política social focalizada não configura um direito, mas uma ajuda institucional insuficiente e geralmente arrogante porque trata os pobres como devedores e não credores de uma dívida social não saldada pelos governos”.

Ao final, o que decidirá sobre a universalidade versus focalização será o financiamento disponível para essa política, ou seja, o quanto há de disponível de recursos para que, de fato, se implante a política universal.

Ao transferir o debate sobre as políticas sociais da área do direito para a questão do gasto social, enquanto estratégia da classe dominante para despolitizar o debate, primeiramente se desconfigurou a ideia proposta pela Constituição Federal sobre seguridade social, passando a ser apenas questão de definir a maneira mais eficiente de alocar os recursos, já que os mesmos não eram suficientes.

Os autores Theodoro e Delgado (2003, p. 122) elencam as principais argumentações desse grupo sobre a focalização das políticas sociais:

[...] i) que os recursos governamentais destinados atualmente para a política social são suficientes ou, antes, configuram uma espécie de restrição exógena indisputável, restando apenas serem bem direcionados (ou bem focalizados); ii) que, desse modo, essa política social deve ser concebida como basicamente uma política de

focalização da pobreza; iii) que a formatação ou a reformatação da política social é um problema técnico de ajuste, associado à eficiência alocativa e à eficácia das ações, destituído do componente político e da concertação social; e iv) que a política social deve objetivar atuar nas franjas e/ou nos “subprodutos indesejáveis” advindos do pleno funcionamento das leis de um mercado desregulamentado e “sem amarras”.

Assim, a focalização passou a ser o meio pela qual se abandonava a perspectiva inclusiva, restando, portanto, somente gestão sobre a pobreza, perpetuando a desigualdade social.

No Brasil, na disputa entre focalização e universalização, essa última sempre perdeu. As políticas monetária, fiscal, cambial limitaram as potencialidades das políticas sociais universais.

O SUS, apesar de ser menos propenso a mudanças, em virtude do seu processo histórico de construção e suas garantias legais de financiamento (mesmo que mínimas), ainda assim foi afetado pela limitação dos seus gastos.

Segundo documento produzido pelo Conselho Nacional de Saúde, o Brasil investia por pessoa/mês, no SUS, em 1999, o correspondente a R\$ 17,00 (dezessete reais), ou seja, poder-se-ia de maneira simplista deduzir que com esse nível de financiamento não ocorreu um sistema público de saúde universal (BEHRING, 2008).

Ao restringir o financiamento do SUS ou cumprir somente com o proposto pela Emenda Constitucional n. 29/00, não considerando a situação de saúde da população brasileira, o Ministério da Saúde, por meio do seu planejamento – o Plano Plurianual – estabeleceu prioridades na alocação dos recursos. Assim, contamos com outro fenômeno dentro da focalização que trouxe prejuízo ao cumprimento do princípio da universalidade – a segmentação ou fragmentação do acesso às ações e serviços de saúde.

Segundo Vasconcelos (1999, p.10), o sujeito foi transformado em indivíduo, consumidor e suas carências atendidas por partes. O mesmo ocorre com os direitos sociais “[...] que reflete a ideologia mercantil hegemônica, para a qual a iniciativa individual em prol dos interesses particulares é a base do progresso e do bem-estar social”, desconsiderando o contexto em que estava inserido esse indivíduo, sua família, comunidade, cidade, estado e país.

Na operacionalização do SUS estão inseridas as Políticas Nacionais da Mulher, da Gestante, da Criança, do Adolescente, do Idoso, do Portador de Necessidades Especiais, do Trabalhador, da Hanseníase, da Dengue, da Malária, da Imunização, da AIDS, da Saúde Mental e, por último, do Homem.

Mas, se considerarmos os princípios da universalidade e integralidade, a rede de atenção à saúde deveria estar disponível independentemente de políticas fragmentadas. Bueno (1996) aclara como a limitação de recursos fez com que o sistema se organizasse por baixo, pela estrutura existente e não pelas necessidades, pelos problemas e muito menos pelo perfil epidemiológico da população.

Após a NOAS 2001, reeditada em 2002 com algumas alterações, seguiu-se, somente em 2006, uma nova legislação que reafirmou esse processo de “descentralização tutelada”. O Pacto pela Saúde, em Defesa do SUS e de Gestão.

Esse novo passo rumo à consolidação do SUS foi resultado de uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, que teve como objetivo atualizar o marco regulatório do SUS, ou seja, rever todos os seus processos normativos, como os já mencionados nessa Seção. Participaram do evento representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS (BEZERRA, 2009).

A primeira norma foi a Portaria GM/MS n. 399, em 22 de fevereiro de 2006, que definiu as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde; em 30 de março de 2006 foram publicadas a Portaria GM/MS n. 699, que Regulamentou as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, assim como a Portaria GM/MS n. 698 que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento, posteriormente substituída pela Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007.

O Pacto pela Saúde está dividido em três eixos, Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, articulados entre si, devendo caminhar juntos para que seu objetivo seja alcançado.

O Pacto pela Vida, ao consolidar num só instrumento compromissos e metas sanitárias, considerados prioritários, e que devem ser alcançados pelos municípios e pelo estado, reforçou no SUS o modelo de administração gerencial, proposto no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. As prioridades foram expressas em metas municipais, regionais, estaduais e nacionais, formalizadas pelo Termo de Compromisso de Gestão (MENICUCCI, 2011).

O Pacto em Defesa do SUS tem, como o próprio nome expressa, ação política em defesa desse Sistema público de saúde. E essa defesa parte de um item que, desde a Constituição Federal, não apresentou avanços no seu financiamento, mais especificamente na regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, pelo Congresso Nacional, que possibilitou buscar financiamento compatível com as necessidades de saúde. Hoje, passa por uma discussão maior, já que dos três entes federados a questão da vinculação dos recursos está clara para os estados e municípios e não para a União, a maior detentora do fundo público.

E, por último, o Pacto de Gestão do SUS, que contribui para o fortalecimento do processo de descentralização e municipalização, ao valorizar a relação entre gestores, embasada no princípio de solidariedade, pois o sistema foi construído para que o cidadão seja atendido o mais próximo de sua residência.

Porém, o que foi percebido durante os mais de 20 anos de SUS é que não é possível ter municípios ofertando toda complexidade de serviços, então, é preciso ter regiões de saúde fortes, com rede assistencial organizada e suficientemente capaz de atender a população circunscrita. Um mecanismo para se alcançar essa região, estruturada e resolutiva, são os colegiados de gestão regionais, criados pelo pacto e que já existiam no âmbito nacional e estadual enquanto importantes espaços de discussão, articulação e negociação entre gestores.

O Pacto trouxe mais avanços na repartição das responsabilidades e do poder, visto ser preciso, para que os resultados finais fossem alcançados, que todos os envolvidos tivessem visão completa da saúde, do sistema, sua organização e, principalmente, da população que precisa do atendimento. Portanto, “[...] integralizar as ações do sistema é, exatamente, construir o ‘pacto de gestão’”. (JUNQUEIRA; TREVISAM, 2007, p. 7).

Entretanto, o Pacto somente descentraliza responsabilidades, dando mais autonomia às regiões de saúde, sendo que os recursos permanecem sob a tutela e aval do ente federal.

Outra ação marca esse período pós-Pacto e que contribuiu para consolidação das ideias neoliberais na afirmação do Estado mínimo, na provisão dos serviços sociais, foi o projeto de lei encaminhado ao Congresso Nacional que propôs a criação de fundações públicas de direito privado. A 13ª Conferência Nacional de Saúde expressou exatamente essa dualidade de posições: o Estado se circunscrevendo, dentro do SUS, a esse novo modelo jurídico institucional; as

fundações públicas de direito privado, como saída para “[...] melhorar a qualidade e a eficiência das unidades produtoras de bens e serviços e de gestão em saúde, associando a flexibilidade gerencial ao compromisso com metas de desempenho” (MENICUCCI, 2011, p. 527). A Conferência rechaçou as Fundações, como mais uma iniciativa de sucatear e privatizar o SUS.

Entretanto, apesar do Ministro José Gomes Temporão ter desistido do projeto de implantação das fundações estatais de direito privado, existem experiências estaduais em execução no país, como na Bahia, por exemplo.

Menicucci (2011) aponta a despolitização do debate da saúde no país, na sociedade, assim como nos demais poderes (legislativo em especial), restringindo, às poucas discussões, em torno apenas do financiamento e, ainda assim, sem grandes avanços.

Isso se confirma, pois naquele período dois fatos marcaram negativamente o financiamento da saúde: primeiramente, a suspensão da cobrança da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), uma das receitas que compunham as fontes de financiamento da saúde e, posteriormente (somente em 2012), a aprovação da Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional n. 29, de 2000 (Emenda da Saúde), mas sem a devida vinculação da receita do SUS por parte da União, valendo o que já estava proposto na EC n. 29/2000, ou seja, que o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012). Ou seja, nada diferente do que já estava sendo executado.

A contrarreforma do Estado para saúde, no nível federal, foi condizente com o proposto. Ocorreram muitos avanços, principalmente no aumento de acesso da população às ações e serviços de saúde e à melhoria em alguns indicadores sociais, como por exemplo, a redução na taxa da mortalidade infantil.

Porém, o trinômio do neoliberalismo provocou efeito devastador na implantação do SUS, com a descentralização centralizada, o financiamento mínimo e sem grandes variações de um exercício para o outro, o aumento crescente na inserção das diversas formas de privatização (terceirização direta, terceiro setor, diminuição dos leitos públicos, aumento da dependência dos leitos privados etc.) e,

por fim, a focalização, pois, ao definir como política social prioritária, o Bolsa Família, considerou que somente a transferência de renda reduziria a desigualdade social, limitando, conseqüentemente a participação das demais políticas sociais na concretização, de fato, da redução da desigualdade social.

1.3 A CONTRARREFORMA NA SAÚDE EM MATO GROSSO

Passamos agora a analisar como ocorreu esse mesmo processo da contrarreforma no estado de Mato Grosso e seus efeitos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1995, assumiu o governo de Mato Grosso o autor da Emenda Constitucional que propôs o restabelecimento das eleições diretas para presidente da república em 1984, Dante Martins de Oliveira.

O recém-empossado governador encontrou a “[...] situação financeira, orçamentária e patrimonial do Estado agravada por aumentos salariais e de vantagens concedidos no último mês do mandato anterior [...]” (ARAÚJO, 2005, p. 109), além de alto endividamento público.

Assim, nomeou para as áreas estratégicas, Administração, Planejamento e Fazenda, secretários com perfil técnico na condução do que seria a Reforma do Aparelho Administrativo Estadual. (ARAÚJO, 2005).

Esse processo de reforma, aos moldes do federal, ocorreu em 1995, com a implementação do Projeto de Modernização Administrativa e Gestão Pública do Estado de Mato Grosso, por meio da Lei Estadual n. 6.695, de 19 de dezembro de 1995, que autorizou a adesão ao Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal dos Estados (PNAFE), e do Decreto n. 752, de 12 de janeiro de 1996, que regulamentou a referida lei.

O Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal dos Estados (PNAFE) seria a terceira e última oportunidade das unidades federativas renegociarem com a União. Compreendia “[...] medidas de ajuste fiscal e saneamento financeiro, bem como linhas de crédito condicionadas a essas medidas”. (BRASIL, 1995, p. 2).

É interessante observar que, em 1995, o governo federal tinha apenas elaborado o seu Plano de Reforma que só se concretizaria a partir de 1998. Já para

os Estados o processo se deu de maneira mais rápida. Em 1995, o Estado de Mato Grosso aprovou a lei que autorizava a renegociação das suas dívidas para, assim, cumprir com as medidas exigidas e, em 1996, publicou o Decreto regulamentando como se daria o processo dentro da máquina estatal.

A Lei Estadual n. 6.695/95 autorizou o executivo a proceder aos ajustes necessários, cumprindo com as medidas impostas pelo PNAFE, com o estabelecimento das seguintes metas:

Art. 2º Constituem metas do Programa de Ajuste Fiscal e Saneamento Financeiro do Estado de Mato Grosso: I - o controle e a redução das despesas com pessoal; II - a implementação de programas de: a) privatização de empresas estatais; b) concessão de serviços públicos; c) controle centralizado de desempenho de empresas estatais; e d) reforma patrimonial; III - o incremento da receita tributária própria e melhoria do controle de gastos, através: a) da eliminação ou redução de incentivos fiscais; b) do combate à sonegação e evasão fiscais; c) da plena exploração das bases tributárias estaduais; d) da aceleração da cobrança da dívida ativa estadual; e) da modernização e melhoria dos sistemas de arrecadação; f) do aprimoramento dos mecanismos e sistemas de controle de gastos e geração de informações fiscais. IV - o compromisso de resultado fiscal mínimo; e V - a redução e controle do endividamento estadual. (MATO GROSSO, 1995, p. 1-2).

No artigo 3 autorizou expressamente a realização das atividades necessárias “[...] à privatização de empresas estatais prestadoras de serviço público ou que desenvolvam atividades econômicas e a transferência de execução de serviços públicos para a iniciativa privada, através de concessão”. (MATO GROSSO, 1995, p. 2).

Como ocorreu na União, a despesa com pessoal e encargos sociais foi apontada também como a responsável pela crise, decorrendo em medidas de contenção de gastos, a exemplo do seu Artigo 6º, que proibiu o reajuste dos salários de todos os servidores públicos estaduais, seja da administração direta, indireta, autárquica e fundacional, com periodicidade inferior ou percentual superior ao outorgado pelo Governo Federal aos seus servidores (MATO GROSSO, 1995).

No Artigo 9º, Mato Grosso ficava autorizado a contrair os empréstimos necessários à quitação, principalmente, dos débitos pendentes com a folha de pagamento dos servidores.

Não se vê no conteúdo da lei, ações que iriam somar ao cumprimento das metas que tratavam da melhoria na capacidade arrecadadora do Estado, inclusive na questão das dívidas ativas, da sonegação e evasão fiscal.

O Decreto n. 752/96 veiculou mais informações sobre como se daria a reforma no âmbito estadual, elencando os objetivos fundamentais da reforma. Definiu, por exemplo, quais as atribuições típicas e as ações estratégicas que ficariam concentradas na esfera estadual. Ao contrário do que estava proposto no Plano Diretor de Reforma, em Mato Grosso a saúde foi definida enquanto ação estratégica e, assim, de responsabilidade direta do mesmo. Os demais objetivos estavam consonantes com a proposta de redução da máquina pública, como a incorporação das administrações indiretas (que não possuíam receita própria) pela administração direta, fortalecimento do Estado para atrair investimentos externos, equilibrar as contas e incentivo à municipalização, conforme determinado a constituição. (MATO GROSSO, 1996).

O decreto informava os mecanismos a serem utilizados para alcançar esses objetivos:

Art. 2º. O Programa de Reforma do Estado será executado mediante os seguintes mecanismos: I - reforma administrativa da Administração Estadual, envolvendo tanto a Administração Direta como a indireta; II - reversão para a Administração Direta de entidades e/ou atividades ora na Administração Indireta; III - extinção de entidades da Administração Indireta, IV - reestruturação de entidades da Administração Indireta, mediante fusões, incorporações e cisões; V - reversão de serviços concedidos. VI - concessão de serviços públicos estaduais a empresas privadas; VII - privatização do controle de sociedades de economia mista ou de empresas sob controle direto ou indireto do Estado. VIII - estabelecimento de contratos de gestão para garantir a auto-suficiência econômica de entidades da Administração Indireta. IX - parcerias com Municípios, organizações não governamentais e empresas de direito privado; X - terceirização da gestão de empresas sob controle direto ou indireto do Estado.

O marco desse decreto normatizou as privatizações e concessões no Estado, definindo as modalidades utilizadas e a destinação dos recursos: primeiramente, para a redução da dívida pública estadual e os demais nominalmente para áreas sociais, como o Fundo de Promoção da Cidadania, Fundo de Assistência Social e Fundo Agrário. Constituição de um Conselho Diretor, definição das suas competências, subordinação direta ao governador e composta basicamente por

secretários que estavam em áreas que correspondiam à reforma. Além disso, definiu-se como se daria a publicidade desses atos públicos (MATO GROSSO, 1996).

Com as entidades da administração indireta, não incorporadas à administração direta, seria firmado Contrato de Gestão com os seus diretores, instrumento que aparece no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.

Fica claro no processo de contrarreforma do estado de Mato Grosso a intenção de cumprimento da redução da máquina estatal se deu pela privatização, concessão ou extinção de órgãos que não possuíam receita própria.

O que seguiu a partir daí, foi a execução de ações que culminaram em:

[...] uma privatização (Cemat), três reestruturações (Empaer, Cepromat e Metamat) e cinco liquidações (Cohab, Codemat, Casemat, Bemat e Sanemat); e esta última, por ser agente de uma serviço público de competência estadual, foi liquidada e os municípios passaram a ser concessionárias do governo estadual. (ARAUJO, 2005, p. 117).

É importante mencionar o que foi financiado com os recursos do programa:

Os prejuízos do Bemat (pagos pelo empréstimo feito pela Secretaria do Tesouro Nacional); II. Pagamento de indenizações trabalhistas aos funcionários demitidos das companhias em liquidação (R\$ 6,26 milhões, conforme demonstração a seguir); III. Estudos relacionados ao Programa, capacitação, equipamentos e consultoria (R\$9,7 milhões); IV Formação d consórcios intermunicipais na área da saúde e implementação de ações do Programa Saúde da Família (PSF); V. Investimentos de alta prioridade como manutenção de escolas (14, 8 milhões) e; VI Custos diretos da reforma (rescisões contratuais, indenizações, impostos, contribuições sociais), no valor de R\$ 19,7 milhões. (ARAUJO, 2005, p. 117).

Dentre os itens informados, a saúde foi contemplada em dois programas, os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Programa Saúde da Família. Entretanto, não há informações sobre os valores investidos diretamente nessas ações.

Sobre a privatização, extinções e reestruturações, a reforma esbarrou num problema: a baixíssima liquidez dos ativos dessas instituições, ou seja, não havia recursos financeiros suficientes para quitar as dívidas que viriam a surgir a partir dessas ações. Assim, foi preciso contrair mais empréstimos para, primeiramente, capitalizá-las e, depois, realizar suas liquidações. Isso parecia contraditório, já que o

discurso defendia a necessidade das privatizações e extinções para organizar as finanças estaduais (ARAÚJO, 2005).

Para a saúde mato-grossense, a reforma confirmou o processo que já estava em andamento desde 1990, com a aprovação das leis orgânicas do SUS, as Leis 8.080 e a 8.142, de 1990. Seguindo também o mesmo receituário, ocorreu uma descentralização imposta de cima para baixo, sem planejamento adequado, com regras iguais para todos e não considerando as particularidades ou condições sanitárias de cada município ou região.

Essa confirmação está no documento denominado Planos de Metas - Mato Grosso 1995-2006: Plano Estratégico e Programa de Governo. Trata-se do planejamento de longo prazo, instituído pelo governo Dante de Oliveira, com o propósito de, em conjunto com a reforma do Estado, garantir o seu desenvolvimento sustentável.

O Plano foi estruturado em três partes: Plano Estratégico, Programa de Governo e Projeto Emergencial, assentado em três princípios que deveriam orientar as decisões: democratização e descentralização, sustentabilidade e qualidade de vida e equidade social e regional (MATO GROSSO, 1995).

Além disso, três diretrizes e estratégias orientaram esses princípios: modernização e fortalecimento do Estado, descentralização e desenvolvimento científico e tecnológico, por meio de cooperação entre o estado, os municípios, a sociedade e a iniciativa privada (MATO GROSSO, 1995).

As áreas de energia, educação, emprego e renda, telecomunicações e transporte foram definidas enquanto prioridade estratégica e política estruturante para o desenvolvimento estadual. Para as demais políticas, inclusive a da saúde, o documento pontuou que as mesmas “[...] estão sendo formuladas de modo a ampliar as possibilidades de geração de riqueza, melhorar a eficiência e a eficácia do aparelho de Estado e a garantir as **condições básicas para o exercício da cidadania**”. (MATO GROSSO, 1995, p. 8. grifo nosso).

Se para a União existia o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, para Mato Grosso, além do Plano Diretor da Reforma do Estado, havia o Plano de Metas de Mato Grosso 1995-2006: Plano Estratégico & Programa de Governo. O governo estadual deixou clara sua retirada enquanto executor das políticas, passando-as para os municípios e à sociedade civil, ou seja, cumprindo com as determinações neoliberais caracterizadas por um Estado mínimo.

A saúde apareceu nesse documento, no Capítulo III, que trata do Diagnóstico, e também no Capítulo XIV, que trata das Políticas de Valorização da Vida.

No diagnóstico, a saúde estava atrelada à questão do saneamento. Hoje, já sabemos que o saneamento básico é um dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, que apresenta um SUS ainda não totalmente implantado e quase que exclusivamente voltado para as doenças. Os serviços prestados não garantiam o acesso universal, nem às ações e serviços de saúde, e tampouco aos medicamentos essenciais (MATO GROSSO, 1995).

As propostas apresentadas estavam alinhadas com o Plano de Reforma do Aparelho do Estado, confirmando as ações de: descentralizar, municipalizar e transferir os serviços de saúde às organizações públicas não estatais, por meio da expansão dos “[...] programas de saúde preventiva e da rede básica de atendimento, em parceria com as Prefeituras e organizações não-governamentais”. (MATO GROSSO, 1995, p. 85).

Em 1998, o Plano de Metas foi atualizado, propondo os princípios, estratégias, objetivos prioritários e eixos estruturantes para o período de 1999 a 2002. A saúde estava inserida nos eixos estruturantes inseridos na parte referente à Questão Social. O texto que antecedeu as diretrizes para a Política Estadual de Saúde evidenciou o novo papel do Estado na política social:

A segunda referência, no campo das ações estratégicas, é o esforço de aprofundamento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito estadual. Tal esforço implica no estabelecimento de novas relações federativas, de **novos parâmetros para a relação entre o setor público e o privado** e, em última análise, **de novas relações entre o governo e a sociedade**, pautadas pelos princípios da universalidade, da integralidade, da democratização, da descentralização, da relevância pública da saúde **e do papel regulador do Estado**. (MATO GROSSO, 1998, p. 28. Grifos da autora).

Entretanto, comparando a diretriz “aumento da oferta direta de serviços assistenciais” com o texto acima, se faz evidente uma contradição, pois, como conciliar oferta direta, entendendo como pública, com novas formas de gestão e organização, novos parâmetros para a relação entre o setor público e privado e com a sociedade? Para esse entendimento, somente analisando as políticas que se seguiram no Estado, o que não é objeto do presente estudo.

Também em 1995 foi lançado o documento – Política de Saúde em Mato Grosso: diretrizes, estratégias e projetos prioritários, objetivando atender ao novo papel desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde enquanto coordenadora, articuladora e mediadora nesse processo de descentralização/municipalização, alterando, principalmente, a forma de relação federativa que existia até então entre o contexto estadual e o municipal. Essa mudança fez-se necessária para que fosse possível implantar novos modelos de gestão e de organização dos serviços, respondendo, assim, aos problemas e necessidades de saúde da população (MÜLLER NETO; SOARES; SCHRADER, 2012).

O documento trouxe as seguintes Diretrizes para a Política Estadual de Saúde para Mato Grosso:

1. Democratização e participação social; 2. Prioridade às ações de vigilância à saúde; 3. Melhoria Quantitativa e Qualitativa dos serviços assistenciais; 4. Regionalização, Descentralização e novos modelos assistenciais; 5. Política de Ciência e Tecnologia; 6. Política de Recursos Humanos; 7. Redefinição do papel institucional da Secretaria Estadual de Saúde e novos modelos de gestão e organização.

Enquanto estratégias, preconizou o “[...] a) estabelecimento e consolidação de parcerias; b) Atuação intersetorial; c) Cooperação técnica; d) Trabalhar orientado por problemas, objetivos, resultados e projetos”. (MATO GROSSO, 2000, p. 130).

O que se pode analisar pelo documento é que havia um esforço concentrado do nível estratégico e dos técnicos em realizar o que havia sido proposto pela Constituição Federal de 1988, sobre a descentralização da saúde ao Estado e municípios. Pois, pela:

[...] avaliação do Estado, naquela época, indica que, se de um lado os municípios isolados tinham capacidade restrita para assumir a gestão da atenção básica, de outro, o Estado não poderia, sozinho, assumir a provisão de serviços mais complexos (secundários e terciários). Uma forma conciliadora seria, então, implantar, simultaneamente, processos de transferência de responsabilidades e de recursos referentes à atenção básica, até então centralizados, para o município, bem como gerar espaços regionais institucionalizados de articulação, negociação, pactuação e cooperação quanto à atenção mais complexa (MÜLLER NETO; SOARES; SCHRADER, 2012, p. 133).

As NOBs de 1993 e 1996, no estado de Mato Grosso, seguindo o que ocorreu no restante do Brasil, promoveu a habilitação da maioria dos seus municípios, primeiramente em Gestão Incipiente ou Semiplena e, posteriormente, mudada para Plena da Atenção Básica. Apenas o município de Cuiabá (capital do Estado) habilitou-se em Semiplena e depois em Plena.

A diferença, no que diz respeito ao comportamento da Gestão Estadual, após o Plano de Metas, é que a secretaria, que até então havia sido avaliada como ausente no processo de descentralização, passou a coordená-lo (MÜLLER NETO; SOARES; SCHRADER, 2012).

Isso fica claro ao analisarmos as novas funções da secretaria propostas pelo documento Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários como, por exemplo, a cooperação técnica para o processo de municipalização e organização dos sistemas municipais de saúde; propositura de políticas redistributivas voltadas para regiões e grupos sociais com maiores necessidades, garantia da oferta de serviços de referência regional e estadual de caráter terciário; controle e avaliação da prestação de serviços e a execução das ações de saúde no setor público e privado, dentre outras (MATO GROSSO, 2000).

Para que fossem executadas todas essas novas funções, a Secretaria de Estado de Saúde passou por mudanças organizacionais, sendo as mais relevantes, ocorridas em 1993 e depois em 1997, com a inclusão de novos cargos e funções, como assessorias para o gabinete, a área de planejamento e a auditoria, além da elaboração de Regimento Interno. Em 1999 ocorreu outra alteração na estrutura para atender ao regimento. Em 2000 foi publicado o Decreto n. 1.129/00 que concedeu autonomia financeira à SES e incluiu o Fundo Estadual de Saúde no seu organograma (MÜLLER NETO; SOARES; SCHRADER, 2012).

Além das mudanças internas, a Secretaria de Estado de Saúde (SES), por meio de outros mecanismos, buscou por uma descentralização fortemente baseada na regionalização e que fosse produto de discussões, negociações e pactuações no âmbito regional, evidentemente, com a participação da Gestão Estadual, principalmente por meio dos seus Escritórios Regionais de Saúde. Dentre esses mecanismos, temos a instituição das Comissões Intergestores Bipartites Regionais (CIBR) e a realização “[...] da programação integrada, a organização do sistema de referência, a execução do controle e avaliação, a reengenharia dos polos de saúde e

os consórcios intermunicipais [...]”. (MÜLLER NETO; SOARES; SCHRADER, 2012, p. 141).

Em Mato Grosso, para efetivar a descentralização foram implantados os Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) para a atenção primária à saúde. Para a assistência ambulatorial e a hospitalar, foram escolhidos como modelo e estratégia os Consórcios Intermunicipais de Saúde, a organização dos Serviços de Referência e os Hospitais Regionais, respectivamente. Tais ações objetivaram garantir o acesso às especialidades médicas no interior do Estado, diminuindo o fluxo de usuários para Cuiabá (MATO GROSSO, 2000).

Não cabe, nesse momento, analisar mais profunda sobre os Consórcios, mas se faz necessário observar alguns pontos. Os consórcios foram constituídos enquanto sociedade civil de direito privado sem fins lucrativos e voltados para a oferta dos serviços aos municípios integrantes do consórcio, composto por unidades públicas estaduais, municipais, publicizadas, filantrópicas e privadas. Assim, até que ponto os consórcios não se configuram como as propriedades públicas não estatais, propostas pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado?

A avaliação sobre a implantação das Leis Orgânicas do SUS em Mato Grosso apontou que, mesmo sendo colocadas como ações prioritárias na reforma do Estado, a descentralização e a municipalização das políticas de saúde ainda não haviam se mostrado, de fato, eficientes na garantia do acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde o mais próximo da sua casa. Isso porque:

No geral, este processo de municipalização vem representando em surpresas para os municípios que o idealizaram como algo novo, que traria modificações efetivas. Na prática, continuam referindo aos mesmos problemas colocados nas relações entre prefeituras e Estado, centrando-se os problemas nos recurso financeiros e na impossibilidade de viabilizar planos de expansão de rede física e infraestrutura sanitária. (MÜLLER NETO; SOARES; SCHRADER, 2012, p. 100).

O autor aponta as possíveis causas: as secretarias municipais de saúde foram instituídas e organizadas de acordo com moldes clássicos de administração, ausência de pessoal técnico e qualificado e de dimensão política, centralização no poder decisório nos níveis estratégico e no prefeito, dificuldade na instituição legal dos fundos públicos municipais e na implantação de fato dos conselhos municipais

de saúde e, por fim, a elaboração de planos municipais que, em sua maioria, cumpriam apenas os requisitos burocráticos, uma vez que os que retratavam a realidade local não conseguiram ser transformados em peça orçamentária, dificultando a execução e, conseqüentemente, sua avaliação (MÜLLER NETO; SOARES; SCHRADER, 2012).

Assim, a descentralização como um dos trinômios do neoliberalismo, reproduziu no estado de Mato Grosso uma ação semelhante a do contexto nacional: municípios recebendo novas responsabilidades que, até então, ou eram realizadas pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria de Estado de Saúde, sem a devida capacidade técnica e, principalmente, financeira.

Por outro lado, o orçamento total da Secretaria de Estado de Saúde e, desse valor, o repasse de recursos próprios (ECn. 29/00) aos municípios, cujos índices foram corrigidos pelo IGP-DI, para que, em conjunto com os valores transferidos pelo Ministério da Saúde, realizassem as ações pactuadas entre os três entes federados, a média percentual do valor transferido para os municípios estava em torno de 11% sobre o montante total que a secretaria investiu em ações e serviços de saúde nesse período analisado (Gráfico 4).

No período de 2003 a 2004, verificou-se uma evolução nos valores transferidos; em 2005 e 2006 ocorreu uma redução; mas no período subsequente (até 2008) verificou-se uma elevação e, a partir daí (até 2011) ocorreram oscilações na participação desses valores sobre o montante total pago. O que fica como ponto de interrogação é se houve, para os municípios, alterações ou oscilações nos compromissos e responsabilidades assumidos concomitantemente aos recursos repassados.

Como também ocorreu no Ministério da Saúde, o comportamento da transferência dos recursos para os municípios apresentou instabilidade, o que nos leva a questionar se hoje (a partir dessa instabilidade) é possível a execução da política de forma planejada e organizada que possa cumprir com as ações e serviços pactuados.

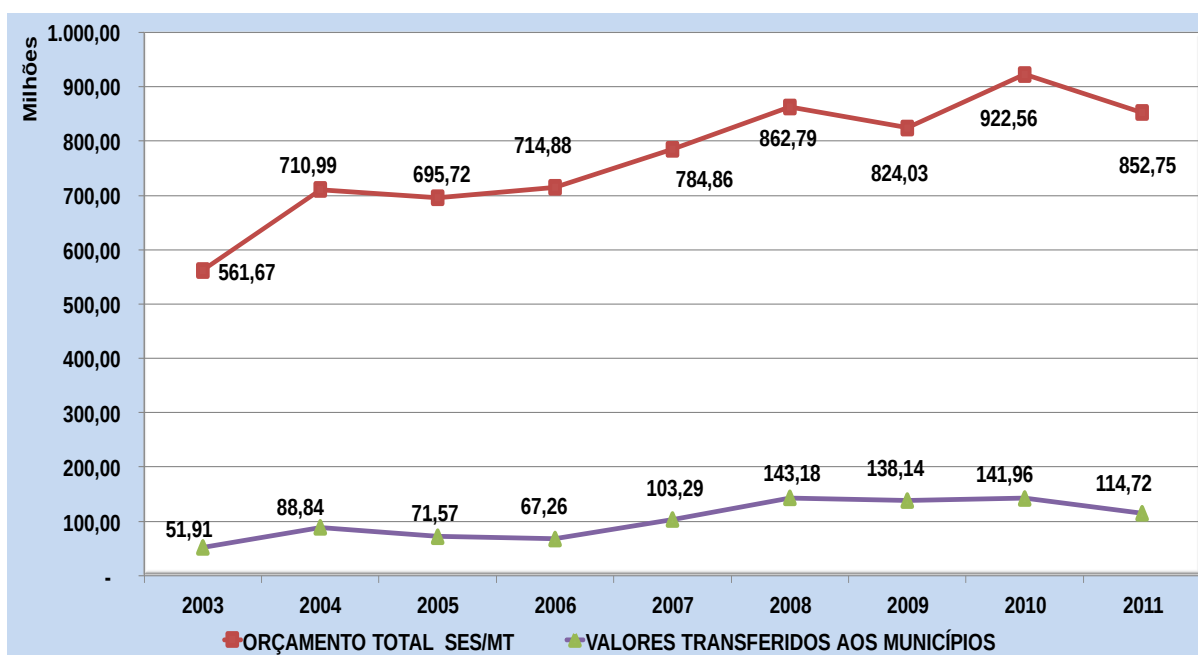


Gráfico 4. Orçamento total (todas as fontes) e o Valor transferido aos Municípios (Recurso Estadual) pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – 2003 a 2011, valores deflacionados pelo IGP-DI

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Balanço Geral do Estado e SIG-MT.

Assim, descentralizar sem dar condições, de fato, aos municípios ou regiões de saúde é não garantir as diretrizes que o movimento sanitário propôs na VIII Conferência Nacional de Saúde: a saúde enquanto direito, com universalidade de acesso e integralidade no cuidado. Porém, cumpriu sim com as determinações das propostas neoliberais, de um Estado mínimo e distante das demandas sociais.

O que pode servir de base para o entendimento da oscilação dos valores é outro elemento do trinômio do neoliberalismo: a focalização, uma vez que restringe ou não prioriza a política de saúde na alocação e execução dos recursos, justificando o porquê do comportamento instável na transferência de recursos aos municípios.

Na análise da representação do orçamento destinado à saúde comparativamente ao orçamento total do estado de Mato Grosso, podemos identificar o quanto a política de saúde é priorizada na alocação de recursos por parte do governo estadual.

Essa mesma análise sobre a participação das transferências aos municípios sobre o orçamento total da Secretaria de Estado de Saúde pode evidenciar também o comportamento do Governo do Estado, servindo como efeito cascata na priorização da alocação dos recursos (Gráfico 5).

Em 2003, o Estado de Mato Grosso destinava à Secretaria de Estado de Saúde 8,42% do seu orçamento total pago e, em 2011, esse percentual foi reduzido para 7,94%.

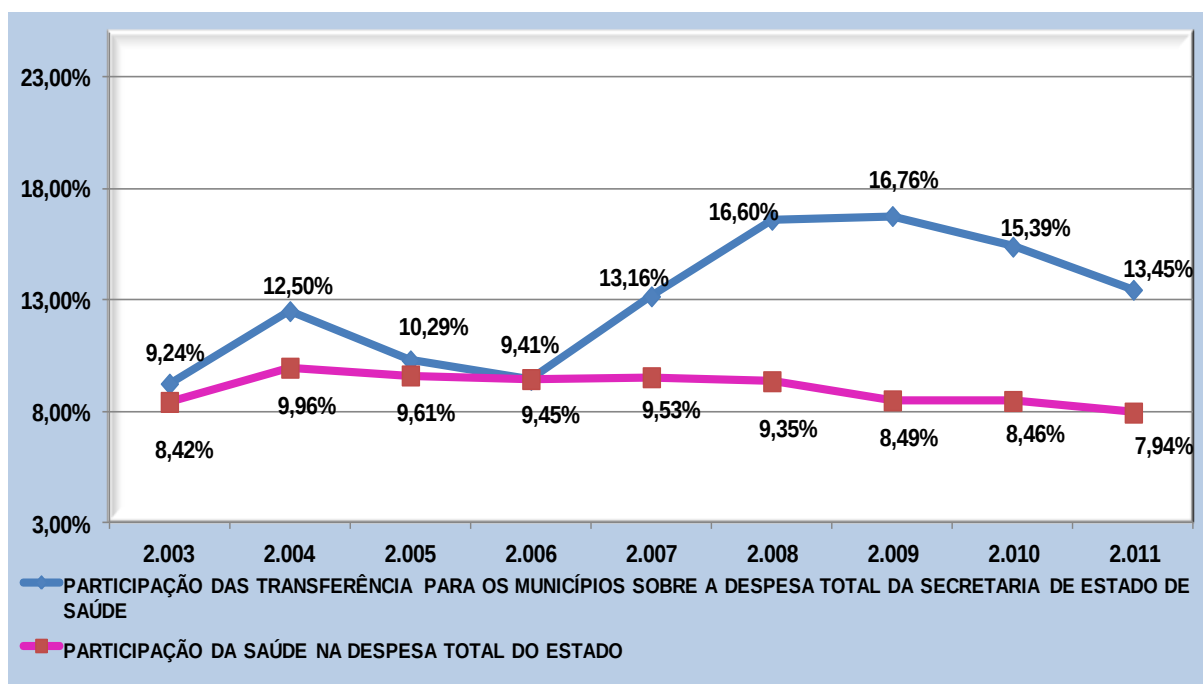


Gráfico 5. Participação das transferências para os municípios sobre o Orçamento Total da Secretaria de Estado de Saúde de MT – SES/MT e a participação do Orçamento total da SES/MT sobre o Orçamento total do Estado de Mato Grosso – 2003 a 2011

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Balanço Geral do Estado e SIG-MT, valores corrigidos pelo IGP-DI.

Tanto a média de variação dos recursos da saúde transferidos aos municípios quanto os aplicados pelo Estado apresentam oscilações semelhantes. O percentual destinado aos municípios, pela Secretaria de Estado de Saúde, e o destinado à Secretaria, pelo governo federal, cresceram, de 2003 a 2004, mas, posteriormente apresentaram oscilações, ora aumentando, ora reduzindo.

Entretanto, a partir de 2006, a Secretaria de Estado de Saúde destinou valores mais avolumados aos municípios, o que não ocorreu com o Estado, que diminuiu os recursos destinados à Secretaria de Estado de Saúde, inclusive apresentando redução no período de 2008 a 2011.

Numa análise sobre outro item do trinômio do neoliberalismo, a privatização, o setor privado sempre esteve presente nas políticas públicas de saúde no Brasil e não seria diferente no estado de Mato Grosso, segundo os documentos consultados.

No documento, A Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários, o setor privado foi mencionado em alguns momentos. Na análise da Situação do Setor Saúde, no elenco de problemas, ganhou destaque a ausência de mecanismos de controle e regulação sobre o setor, principalmente pelo predomínio que ele exerceu nos serviços médicos-assistenciais e hospitalares (MATO GROSSO, 2000).

Já no item referente às Estratégias, o setor privado foi avaliado como possível fator de conflito, que deveria ser bem conhecido pelo grupo condutor no processo de construção e consolidação da política. Nesse mesmo item, na relação entre o setor público estadual e o privado foi verificada a preocupação em dar transparência a essa relação, inclusive nos espaços dos Conselhos de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite (MATO GROSSO, 2000).

Isso se deveu ao fato de que a saúde, assim como outras políticas sociais passou a ser alvo da reforma neoliberal, que defendia a oferta dos serviços pelo setor privado, mercantilizando o acesso ao bem, mas, sobretudo, desresponsabilizando o Estado no provimento da saúde aos cidadãos, tornando cada um responsável por si.

Na Diretriz Redefinição do Papel Institucional da SES e novos Modelos de Gestão e Organização, a gestão estadual passou a ter como funções a normatização, a regulação, o controle e avaliação por meio de ações de vigilância e assistência à saúde, e deveriam priorizar: “[...] as relações público/privada (serviços conveniados e contratados); as ações municipalizadas; as ações regionalizadas”. (MATO GROSSO, 2000, p. 128).

E, para encontrar solução do problema apresentado na Situação de Saúde em relação ao descontrole sobre o setor privado, no item - Novas Funções da SES/MT buscou-se, “Controlar e avaliar a prestação de serviços e a execução das ações de saúde no setor público e privado”. (MATO GROSSO, 2000, p. 134).

No documento Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso, de 1995 a 1998, não há menção direta sobre o setor privado no cumprimento da Estratégia, da Diretriz e da nova Função, porém, pelos resultados apresentados podemos deduzir que as mesmas foram cumpridas. Por exemplo, dentre os processos que contribuíram para a melhoria quantitativa e qualitativa dos serviços assistenciais estavam:

5. Implantação e aprimoramento do Sistema de Controle e Avaliação e Auditoria Analítica dos Serviços de Saúde através da CAHA, em parceria com os Pólos Regionais de Saúde e outros setores da SES, em especial a VISA, a Divisão de Odontologia, o Hemocentro e, atualmente, o LACEN: – Recadastramento com supervisão in loco de 100% das unidades ambulatoriais e hospitalares, nos anos de 1996 e 1998. – Desenvolvimento do programa de avaliação dos serviços hospitalares de saúde, 50% em 98 e 50% em 99, do ponto de vista do Gestor (Técnico) e do usuário, em parceria com a VISA e com a consultoria da FUNDATEC. – Implantação do processamento do SIA/SUS na SES, em maio de 1996 (DATASUS). – Treinamento de 100% dos municípios para operar o SIA-SUS, nos módulos cadastro, programação e crédito bancário. – Implantação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC – hemodiálise, oncologia, hemoterapia e exames de alto custo. 7. Criação da Coordenadoria de Auditoria da SES (MATO GROSSO, 2000, p. 33).

Fica evidente nos resultados apresentados a busca pelo aprimoramento de mecanismos que monitoração, controle e avaliação dos prestadores de serviços privados ao Estado.

Os três documentos que orientaram Mato Grosso nesse período, Plano de Metas de Mato Grosso 1995-2006: Plano Estratégico & Programa de Governo; sua versão atualizada em 1998 e; a Política de Saúde em Mato Grosso: diretrizes, estratégias e projetos prioritários é possível observar como a relação público privado foi tratada de forma divergente nos três documentos. Nos elaborados pelo Estado, essa relação mereceu tratamento enquanto eixo estruturador, prioridade para intervenção e parcerias; já no documento elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde observou-se a preocupação em controlar, monitorar e avaliar essa relação na prestação dos serviços de saúde.

Mais uma vez é clara a diferença nos discursos que indicaram, para os que seguiam a cartilha do neoliberalismo, que a entrada da iniciativa privada nos serviços públicos se apresentava enquanto salvadora, para um Estado falido, sendo que para os que defendiam um sistema público de saúde, essa inserção sem controle seria uma perda dos direitos universais.

A partir de 2003 ocorreu a interrupção nesse planejamento de longo prazo, sendo interrompido o Plano de Metas, uma vez que as eleições em 2002 apresentaram resultado inesperado para o então governador Dante de Oliveira, que não conseguiu eleger seu sucessor, Antero Paes de Barros, e também não ganhou a eleição para o senado.

O candidato eleito foi Blairo Borges Maggi, com 51% dos votos válidos. Paranaense, engenheiro agrônomo, formado pela Universidade Federal do Paraná, proprietário do Grupo Amaggi e considerado o maior produtor individual de soja do mundo, atuava também na área de produção e exportação no Brasil, assim como em outras atividades econômicas, como a logística de transportes, pecuária e produção de energia elétrica.

É com esse perfil de empreendedor que o Estado passou a ser dirigido, por um empresário. “Mato Grosso mais Forte” foi o *slogan* de sua proposta de governo à qual trouxe inúmeras ações para todas as áreas da administração pública. O documento está organizado a partir de quatro temas, sendo seus compromissos: Inclusão Social (Ajuste); Modernização da Produção e do Mercado; Infraestrutura e Integração Regional e Revitalização do Estado (MATO GROSSO, 2002).

A saúde se incluía no Tema Inclusão Social, que teve como compromisso promover o resgate do desenvolvimento social no Estado e garantir os direitos fundamentais. Mais especificamente no item 1.2, Garantir direitos sociais como forma de superação das desigualdades sociais e regionais, no subitem denominado – “Saúde descentralizada e para todos”. No total foram 25 ações propostas para a saúde (MATO GROSSO, 2002).

Há pouco material escrito sobre esse período, assim os documentos analisados se cindiram aos oficiais, a saber: os PPAs de 2004-2007 e de 2008-2011, o Plano de Desenvolvimento de Mato Grosso – MT+20, legislação (leis, decretos, normativas etc.) e alguns artigos.

O Plano Plurianual (PPA) deve conter todas as ações em forma de programas, projetos, atividades e operações especiais para cumprir com a proposta de governo “Mato Grosso mais Forte” e que, de certa forma, foi básico para a eleição de Maggi.

Assim, na leitura do documento PPA foi possível identificar a inclusão de conceitos e terminologias com vista à busca pela eficiência, eficácia e efetividade, caras ao setor privado. A Missão desse governo foi o de “Implementar um novo modelo de gestão do estado de Mato Grosso, promover a inclusão social, o desenvolvimento econômico sustentável e a superação das desigualdades sociais e regionais”. (MATO GROSSO, 2002, p. 40).

Foi o início da ampliação da lógica privada no setor público em Mato Grosso, visto tomar como referência conceitos que tinham a máxima “do comprar mais gastando mesmo”, transformando cidadãos em consumidores.

Eficiência, transparência, honestidades e ousadia eram valores definidos no PPA, servindo de norte para as ações do governo. Com exceção da ousadia, todas as demais estavam garantidas por lei, mas, infelizmente, tal ousadia se constituía em um dos fortes alicerces para a inserção das ideias neoliberais nas políticas públicas

O plano possuía 6 objetivos estratégicos e 28 estratégias, além dessas, mais quatro outras que, segundo o Instrumento, deveriam ser seguidas por todos os demais objetivos estratégicos:

Promover a integração de ações dos organismos públicos para implementação de políticas públicas; **Intensificar parcerias com a sociedade civil organizada, visando a redução das desigualdades regionais e Sociais**; Aprimorar mecanismos de participação popular, buscando compartilhar e; Redefinir o papel do Estado no contexto federativo (grifo nosso) (MATO GROSSO, 2002, p. 44-45).

Na estratégia que tratou das parcerias, o texto trouxe a reforma do Estado e de seu aparelho, como base de sustentação para essa nova gestão da “coisa pública”, evidenciando que faria uso de todas as formas possíveis de transferência para o setor privado ou terceiro setor na execução de suas políticas, inclusive elencando cada uma das possíveis formas, seja por meio da agencificação, da publicização, da parcerização (PPP – Parcerias-Público-Privadas) e, por fim, da participação das Organizações da Sociedade Civil para o Interesse Público (OSCIP).

Montaño (2002) analisa que a privatização das políticas sociais pode ocorrer por dois caminhos: pela remercantilização e pela refilantropização dos serviços sociais.

Pelas propostas de parcerias descritas pelo governo no PPA, ambas foram utilizadas, ou seja, lançou-se mão de todas as maneiras possíveis para que ocorresse no Estado, segundo Montaño (2002, p. 4):

[...] três modalidades de serviços de qualidades diferentes – o privado/mercantil, de boa qualidade; o estatal/ “gratuito”, precário e o filantrópico/voluntário, geralmente também de qualidade duvidosa –

para duas categorias de cidadãos: os “integrados”/consumidores e os “excluídos”/assistidos.

Na estratégia de redefinir o papel do Estado nesse contexto federativo, foi reafirmada a importância da descentralização ou municipalização. O SUS em Mato Grosso se responsabilizou pelo encaminhamento de maior compartilhamento de atribuições e competências para os municípios, restando ao Estado o papel de articulador, regulador e de apoio por meio do suporte técnico-administrativo.

A saúde foi encaminhada objetivando “Melhorar a qualidade de vida para promover a cidadania” (MATO GROSSO, 2003, p. 66), não possuindo qualquer estratégia, mas, tinha três indicadores que seriam utilizados para avaliar o PPA, sendo a taxa de mortalidade infantil, cobertura vacinal DPT no primeiro ano de vida e acesso à saúde no interior do Estado. Este último indicador estava em processo de construção pela equipe técnica da Secretaria de Estado de Saúde (SES), não sendo elaborado até o final do PPA.

Assim, o primeiro planejamento do governo deixava claro o caminho a ser seguido pela administração pública estadual, segundo o novo modelo de gestão e conforme demonstraram os documentos analisados, com forte participação do setor privado.

Antes de analisarmos o próximo PPA, vale incluir neste item a reforma administrativa que ocorreu nesse período, e que, de certa forma, deu continuidade ao processo de reforma do aparelho do Estado.

Em 2003, foi instituído um grupo de trabalho formado pela União, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Conselho de Secretários de Administração - CONSAD e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais do Planejamento - CONSEPLAN, com objetivo de realizar o Programa Nacional de Apoio à Modernização do Planejamento e da Gestão dos Estados e do Distrito Federal - PNAGE. Em Mato Grosso, foi criada a Comissão Especial sobre Reforma Administrativa do Estado de Mato Grosso (Portaria Conjunta N. 031/03 SEPLAN/SAD/ SEFAZ/AGE/PGE) que objetivou o cumprimento da Missão definida no PPA 2004-2007 (VITTO; ENGEL, 2008).

Assim, após estudos realizados, relatório concluído e propostas apresentadas, em 2005 o Estado publicou o Decreto n. 6.199, de 08/08/2005, que tratou da reorganização administrativa por meio de unidades sistêmicas e, em 2006, a Lei Complementar n. 264, de 28/12/2006, que instituiu os Núcleos de

Administração Sistêmica no âmbito do Poder Executivo Estadual (MATO GROSSO, 2006).

Nessa ocasião, foram criados 12 núcleos sistêmicos e definidas quais secretarias cada um iria atender: Núcleo Governadoria; Núcleo Planejamento e Tecnologia; Núcleo Administração; Núcleo Cultura, Ciência, Lazer e Turismo; Núcleo Socioeconômico; Núcleo Agropecuário; Núcleo Segurança; Núcleo Trânsito e Transporte; Núcleo Educação; Núcleo Jurídico e Fazendário; Núcleo Saúde; e Núcleo Ambiental (MATO GROSSO, 2006).

Isso significou centralidade na execução das ações, já que as atividades entendidas como área meio – o planejamento, orçamento, informações e tecnologia da informação, administração financeira, contábil, gestão de pessoas, patrimônio e serviços, aquisições governamentais, desenvolvimento organizacional e controle interno – foram agrupadas por sistemas e por meio dos núcleos de atendimento a mais de uma secretaria.

Um exemplo é o Núcleo Cultura, Ciência, Lazer e Turismo, que atendia quatro secretarias e três administrações indiretas, sendo as secretarias de Esporte e Lazer, de Desenvolvimento do Turismo; de Cultura; de Ciência e Tecnologia; a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso - FAPEMAT; o Centro Estadual de Educação Profissional e Tecnológica do Estado de Mato Grosso e o Fundo Estadual de Educação Profissional.

A saúde, em virtude de sua complexidade, mas também pelo montante de recursos que executava, permaneceu sozinha, em núcleo próprio, o mesmo ocorrendo com a educação e com a segurança, os três maiores orçamentos do Estado, vale ressaltar.

Dentre os objetivos da implantação dos núcleos está a redução do custo da área meio, focando mais na área finalista; entretanto, não foram encontrados estudos, depois de sete anos de implantação dessas unidades, que demonstrassem seus resultados.

O que se percebe no cotidiano das secretarias e nos relatos é a dificuldade de execução das políticas públicas em virtude da centralidade dessas áreas, inclusive com disputas jurídicas de algumas pastas para a saída dos núcleos.

Enfim, a partir de 2003 o governo estadual colocou em prática um dos valores do PPA, a “ousadia”, propondo formas que tornassem o Estado moderno a partir do ponto de um governador vindo da iniciativa privada.

A saúde sofreu grande golpe no seu financiamento, também nesse período, com a retirada do Imposto de Renda Retido na Fonte no cômputo da sua receita, conforme estabelecia a Emenda Constitucional n. 29/00 e a Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

O próprio Executivo, em 2003, questionou ao Tribunal de Contas do Estado se o Imposto de Renda Retido na Fonte era apenas escrituração contábil e não uma receita. O Tribunal de Contas concordou com o questionamento realizado e elaborou Acórdão retirando da composição da receita da Secretaria de Estado de Saúde e também da Educação o imposto de Renda retido na fonte, causando uma redução de, aproximadamente, R\$ 35 milhões de reais ao ano para o orçamento da saúde, a partir de 2003.

Antes de passarmos à análise do segundo PPA, outra ação trouxe alterações significativas ao processo e autonomia na execução das políticas públicas em Mato Grosso: em 2006, o governo publicou o Decreto n. 7.217, de 14 de março de 2006, que regulamentou as aquisições de bens, contratações de serviços e locação de bens móveis no âmbito estadual.

O decreto estabelecia a centralidade das licitações na modalidade registro de preço, pregão, pela Secretaria de Estado de Administração, sendo estendidos, inclusive, às demandas específicas da saúde, como descrito o parágrafo 1º do Artigo 6º, “Inclui-se no *caput* o registro de preços de medicamentos, produtos médico-hospitalares e odontológicos, alimentação pronta, preparo de refeições, hortifrutigranjeiros e correlatos”. (MATO GROSSO, 2006).

Assim, com os núcleos sistêmicos e a centralidade no processo de aquisições, o Estado caminhou para um novo modelo de gestão nesse primeiro mandato e deu continuidade à contrarreforma do seu aparelho e na execução das suas funções ao deixar claro no PPA a prioridade da execução das suas ações por meio da parceria público privado.

Em 2006, o governador Blairo Maggi foi reeleito dando continuidade, assim, ao seu planejamento. O PPA 2008-2011 reproduziu muitas propostas do PPA anterior, uma vez que continuou com a mesma missão, mas a visão de futuro estava pautada em um novo planejamento realizado pelo Estado em 2006, o Plano de Desenvolvimento de Mato Grosso MT+20, que definiu as grandes prioridades estratégicas para o desenvolvimento sustentável do Estado, de 2006 a 2026, 20 anos que deveriam preparar Mato Grosso para o futuro.

O MT+20 possuía 15 Macro-Objetivos, 42 Metas Globais e 7 Eixos de Desenvolvimento. A saúde era um macro-objetivo, sendo “Aumento do nível geral de saúde”, com dois objetivos específicos: “a) expansão da cobertura básica de saúde, com ampliação da rede hospitalar e do número de leitos e, sobretudo, das equipes de saúde da família e b) redução da mortalidade infantil e ampliação da expectativa de vida da população”. Suas metas globais se cindiram à redução da mortalidade infantil, dos atuais 22,2 óbitos em mil crianças nascidas vivas, para 9,0 óbitos em 2026; a ampliação no número de leitos hospitalares para cada mil habitantes, dos atuais 2,73 para 4,5, em 2026, e ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família, dos atuais 53%, para 90% das famílias, em 2026, inserida no Eixo 5 - Qualidade de Vida, Cidadania, Cultura e Segurança Pública (MATO GROSSO, 2006, p. 200-202).

Mesmo se tratando de um plano de longo prazo e da dimensão que o MT+20 representou, ao ter objetivos específicos tão amplos, o risco de não ter parâmetros que respondessem se os mesmos foram alcançados ou não ao final do período do plano, dificultando, assim, o acompanhamento por parte da população e a fiscalização por parte dos órgãos de controle externo. Afinal, qualquer resultado será válido.

Assim, no PPA 2008-2011 a visão de futuro é que “Mato Grosso será um dos melhores lugares para se viver e trabalhar”. Os valores eram os mesmos do PPA anterior. Houve ampliação no número dos Objetivos Estratégicos, passando de 6 para 13, havendo Objetivo Estratégico apenas para a saúde, “Aumento do nível geral de saúde” passando suas estratégias pelo fortalecimento das ações de vigilância à saúde, da atenção básica à saúde e ampliação e manutenção da regionalização e regulação da rede de assistência à saúde. Dois indicadores avaliariam esse planejamento, continuaria com a mortalidade infantil e com a cobertura pelo Programa Saúde da Família?

O que se percebeu nesse segundo PPA foi uma visibilidade maior para saúde, pelo menos quanto ao planejamento. A análise que se seguirá na seção que trata do financiamento da saúde demonstrará se ocorreu também sua priorização na alocação dos recursos nas Leis Orçamentárias Anuais.

No segundo mandato do governador Blairo Borges Maggi, o PPA 2008-2011 evidenciou permanência das mesmas práticas iniciadas em 2003, visto que os

núcleos sistêmicos e o processo de aquisições continuaram dinamizados por mecanismo de modelo centralizado de execução das políticas públicas.

Assim, a contrarreforma em Mato Grosso se manteve pautada na constituição de marco regulatório com base em modelo de gestão que possibilitasse o avançar das ideias neoliberais nas políticas sociais, em especial para a saúde.

Então, como não concordar com Draibe (1993)?

Em um Estado que seguia as ideias neoliberais, não haveria política social que conseguisse a universalidade, integralidade e a equidade. Mesmo o SUS sendo uma conquista nascente do movimento social e que possuía todos os conhecimentos necessários sobre o que era a seguridade social que protegia, conseguiu, inclusive, inserir boa parte desses conceitos na Constituição Federal de 1998, o desafio persistiu dia-a-dia para sua concretude.

Assim, a contrarreforma, acompanhando as políticas sociais no Brasil e até o ano de 2011, em especial do SUS, foi como “[...] um saldo para trás, [...]”, principalmente se considerarmos o caminho de lutas na busca por mudanças e que estas trouxessem transformações profundas num país tão desigual como o Brasil (BEHRING, 2008, p. 282).

A contradição nos documentos elaborados pela equipe técnica do governo e da Secretaria de Estado de Saúde confirma a luta constante na reafirmação pela política pública de saúde universal, onde o direito fosse sua principal base de sustentação.

Assim, seguimos na análise do avançar do SUS, mesmo diante dessa permanente correlação de forças entre a política universal e sua prática descentralizada, privada e focalizada.

A Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família podem ser os pontos de partida para se obter um sistema organizado a partir de um nível de assistência universal, equânime e resolutivo?

É o que será visto a seguir.

2. A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO POSSIBILIDADE DE ACESSO A SAÚDE?

No Brasil, antes de olhar para os fatos históricos que estruturaram a política de saúde e se chegar ao Sistema Único de Saúde que hoje temos, se faz necessária uma discussão de suma importância para a atenção primária, a dicotomia entre o coletivo e o individual. Para Augusto (1987, p. 2):

Presente na própria política de atenção à saúde no Brasil, tal cisão manifesta-se através do estabelecimento de uma nítida fronteira entre a intervenção estatal – que é dirigida à população trabalhadora (a chamada “assistência médica individualizada”), de responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, - e aquela que é orientada à população em geral (a chamada “assistência médico-sanitária, a cargo do Ministério da Saúde (POSSAS, 1981). Confrontando essas duas intervenções, é possível identificar o privilégio concedido à “assistência médica individualizada”, que se faz claramente perceptível em termos da quantidade de recursos governamentais despendidos.

Então, à saúde pública cabia a responsabilidade pelo coletivo e estava fundamentada na questão sanitária, ou seja, sistema de esgoto, água tratada e imunização. Essas foram algumas ações para a área urbana, mas para a área rural elas buscaram o controle de endemias, como a malária. À medicina previdenciária coube o atendimento ambulatorial, hospitalar e farmacêutico aos trabalhadores assalariados que contribuíam com seus Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs (AUGUSTO, 1987).

O que se vê no decorrer da história do Brasil é o privilégio dado à assistência individual, pois será esse o modelo de atenção à saúde que melhor favoreceu ao sistema capitalista, pois, ao individualizar, o sujeito passou a ser responsável pela própria saúde, “privatizando-se”.

Neste contexto, ficou evidente o favorecimento à medicalização e à mercantilização da saúde e não à saúde coletiva, fazendo com que o direito à saúde e a assistência médica se tornassem sinônimos. Esse discurso vai se replicar até ao senso comum, o que prejudicará as ações futuras sobre o que determinava uma população com saúde, sabendo estar muito além do que a oferta de hospitais e medicamentos e de todas as demais condições e determinantes como saneamento, habitação, alimentação etc. (AUGUSTO, 1987).

Para se compreender como estava configurada a política de saúde no Brasil, é preciso considerar que o Sistema Único de Saúde, apesar de grandes avanços conquistados, principalmente em decorrência da reforma sanitária, conservou alguns resquícios de como se deu a questão da saúde para os brasileiros.

Assim, torna-se necessário considerar que, num primeiro momento na história das políticas no Brasil, o direito à saúde, até o século XIX, se realizava por meio da caridade ou pelo mercado. Poucas eram as ações do Estado, restringindo apenas às pequenas campanhas e à questão da fiscalização profissional (BRAVO, 2001).

O Estado se fez presente, de fato, a partir do século XX, mais propriamente a partir da década de 1930. Temos, então, de 1930 a 1964 o país passando por grandes transformações, sendo a mais marcante a transição da economia agroexportadora para a urbano-industrial, quanto o modelo produtivo ampliou o número de trabalhadores na cidade, fazendo mais que necessário a intervenção do Estado na esfera do que foi denominado de saúde pública, assim como na medicina previdenciária (PEREIRA, 2002).

Foi criado o Ministério da Saúde, em 1953, e, pela primeira vez, a inclusão de áreas sociais nos planos, como ocorreu no Plano SALTE, Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, é um exemplo. Todavia, pela falta também de financiamento, o plano não avançou.

Pela ausência de um planejamento e financiamento contínuos, as condições de saúde se mantiveram nos piores patamares possíveis, “não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral”. (BRAVO, 2001, p. 5).

Para a assistência previdenciária, o período encerrou com grande pressão para a privatização dos serviços ofertados pelo antigo Instituto de Aposentadorias e Pensões - IAPs (BRAVO, 2001).

O período ditatorial foi marcado, basicamente, pela privatização da saúde no país, isso porque “o setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior”. (BRAVO, 2001, p. 7). Isso decorreu da individualização da assistência, que só poderia ser clinicada por meio de equipamentos e medicamentos de última geração.

Entretanto, mesmo com o contexto contrário à saúde pública, um levante em prol do movimento sanitário se processou principalmente no interior da academia,

tão bem foi exposto no documento elaborado pela Escola Nacional de Saúde Pública (2012, p. 01):

[...] o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas. A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde.

Todo esse conhecimento deu base à VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e esta foi base para a Constituição Federal de 1988. no que tange à questão da seguridade social, em especial, à saúde. Inclusive, a questão do financiamento era um dos três grandes temas que nortearam o Relatório Final da Conferência, sendo eles: “[...] a saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial”. (FAGNANI, 2005, p. 194).

A saúde foi apresentada a partir de 1988 enquanto direito social dos cidadãos nacionais e também aos estrangeiros residentes no país, definindo as obrigações de cada nível de governo da federação e, para que não houvesse dúvidas sobre as responsabilidades, foi redigida literalmente como “dever do Estado” (DALLARI, 1995).

Para que esse “dever” fosse cumprido, assim determinou a Constituição Federal: que fosse constituído um sistema único de saúde, organizado a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada, seguindo algumas diretrizes, como a descentralização, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Temos, então, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, como já vimos anteriormente, as ideias neoliberais puseram abaixo todo o avanço conquistado até então. O que se viu posterior a Constituição foi:

[...] a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na

melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988. (BRAVO, 2001, p. 12).

O SUS veio, ano após ano, sendo combatido aos poucos, porém em áreas estruturantes do sistema, seja pelo desfinanciamento, terceirização dos recursos humanos, da privatização por meio das Organizações Sociais – OSs, ou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), focalização e, principalmente, por não trazer mais para o debate político a questão da seguridade social, conforme sua ideia original, compreendendo a saúde, a assistência social e a previdência com objetivo único, a formação de uma rede de proteção social aos brasileiros (BRAVO, 2001).

Essa sessão privilegiará a análise de como a Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família foram instrumentalizadas nesse processo, também contraditório do ponto de vista das ciências, pois, para o movimento sanitário, a partir de ambas o sistema pode ser organizado garantindo o acesso à saúde, contemplando os princípios do neoliberalismo, ou a favor da contrarreforma, quando o foco das políticas sociais era direcionado pela justificativa da insuficiência de recursos, priorizando, assim, a não universalidade.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, SUA HISTÓRIA E SUAS CONTRADIÇÕES.

A Atenção Primária e, posteriormente, a Estratégia Saúde da Família talvez sejam as expressões mais reais do novo pacto federativo estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988. Isso porque a transição de um modelo institucional centralizado para outro com forte apelo à descentralização municipalizante se materializou por meio da transferência de responsabilidades e funções, sendo a mais marcante por parte dos municípios para área da saúde ao assumir totalmente o primeiro nível de atenção à saúde, qual seja, a atenção primária.

Essa descentralização, como resultado de processo contínuo de articulação e negociação, está ligada às características próprias de cada estado e município e também à necessidade de uma política mais ampla, induzida pelo governo central

com objetivo de orientar e levar ao resultado nacional. A efetivação de uma descentralização que de fato descentralizasse o poder, poderia levar ao desenvolvimento regional e local e, conseqüentemente, à melhor gestão sobre as políticas sociais, nesse caso específico, à saúde (BRAVO, 2004).

Outra questão que potencializou os efeitos da atenção primária à saúde como política a ser priorizada está no fato de que, a partir dela, foi possível efetivar alguns princípios do SUS, como a universalidade e a integralidade.

A universalidade garantiria aquilo que, antes, só era acessível aos trabalhadores com carteira assinada, ou seja, os contribuintes previdenciários. Aos demais cabia o acesso às ações e serviços de saúde por meio da caridade e da filantropia. Então, todos deveriam ter acesso aos serviços de saúde de forma igualitária, sem restrições, o mais próximo de sua residência, de acordo com as suas necessidades e em conformidade com a regionalização definida, considerando o caráter coletivo do sistema público de saúde (BRASIL, 2012).

Já a equidade corroboraria para a universalidade ao tratar diferentemente os desiguais, tornando possível “[...] oferecer mais a quem mais precisa de forma a dar condições para que todos tenham a mesma possibilidade”. (BRASIL, 2012, p. 3).

A atenção primária, sendo um dos três níveis de atenção à saúde é, segundo a Declaração Alma Ata, o que possibilitaria o primeiro acesso do cidadão à saúde, assim definido em seu Artigo 5º:

Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (ONU, 1978, p. 1).

Além dos aspectos mencionados, a atenção primária pode ser o ponto de partida para a organização de uma rede de atenção à saúde que, se resolutive, deverá cumprir com o princípio da integralidade. Por isso, hoje, a atenção primária é tida como o centro ordenador do Sistema Único de Saúde.

Entretanto, a atenção primária no Brasil passou por diferentes entendimentos, inclusive no que se refere à terminologia - atenção básica ou atenção primária?

A construção do termo atenção primária à saúde foi gestado fora do Brasil, sendo que sua discussão também esteve presente em seminários e conferências, acaloradas. Nesses debates, a atenção básica à saúde teria um caráter mais assistencial e programático, sem a participação da sociedade e sem a intersetorialidade. Porém, a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) já havia conceituado atenção básica à saúde com esses dois itens. Voltava-se, novamente, ao ponto de partida. Já o conceito de atenção primária à saúde ficou mais fortalecido a partir da Declaração Alma Ata. No Brasil, as características de uma sociedade extremamente desigual repercutiram na saúde, quando a ideia da atenção básica remeteu para as classes mais desfavorecidas. (DEMARZO et al., 2009).

Para encerrar essas discussões sobre a melhor terminologia, Demarzo et al. (2009, p. 7) ponderam que “são conceitos indistinguíveis entre si, mesmo porque nenhuma delas apresenta delimitação conceitual mais precisa. Mais do que isso, estas definições costumam ser moldadas por boa dose de impressões pessoais”.

Então, optou-se pela terminologia atenção primária à saúde. Segundo Starfield (2002), o nível de saúde de uma população não está relacionado diretamente ao nível de riqueza que o país possui, mas sim à quantidade de recursos sociais ao qual a população tem acesso, incluindo serviços de saúde com forte orientação pela atenção primária, para que um sistema seja efetivo na questão da integralidade e da equidade.

Isso porque é pela atenção primária, enquanto base, que se organizam todos os demais níveis da assistência, prevenindo e tratando os problemas comuns da comunidade na qual a equipe ou centro de saúde está inserido. É este nível de atenção que, teoricamente, “[...] organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde”. (STARFIELD, 2002, p. 28).

Essa prerrogativa, de que um sistema para que seja efetivo esteja ordenado pela atenção primária, está ligada ao conceito de sistema de saúde, que deve ser formado por articulação de pontos de atenção à saúde de forma horizontalizada, o que facilitaria a comunicação e a gestão entre os pontos (BRASIL, 2007).

Assim, a atenção primária terá como desafio ser esse primeiro contato do cidadão aos serviços de saúde, buscando a resolubilidade com os demais níveis de atenção. Não se trata de atenção simples, de baixa complexidade, pois apresenta grandes desafios a qualquer sistema de saúde conseguir melhorar a qualidade de saúde da população por meio de uma rede articulada e de alocação eficiente de recursos (STARFIELD, 2002). É a partir desta visão sanitária que a atenção primária parte para cumprir seus objetivos.

Entretanto, o contexto histórico apontava para um mundo em profundas mudanças na relação do Estado para com a sociedade, reduzindo seu papel nas áreas sociais, restringindo os gastos públicos, privatizando seu patrimônio e transferindo funções. O Brasil não estava fora deste contexto e temos aqui a contrarreforma do Estado, capitaneada pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, e as legislações que se seguiram posteriormente, como já analisado anteriormente (BRAVO, 2004).

Assim como a descentralização foi utilizada pelos ideais neoliberais enquanto mecanismo para transferência de responsabilidades, no caso brasileiro sem os devidos e justos recursos, sendo inclusive utilizado como moeda de troca para a execução das políticas nacionais, o mesmo ocorreu com a Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.

É a Saúde da Família a estratégia organizativa escolhida pelo Sistema Único de Saúde - SUS para a efetivação da atenção primária a saúde. A ideia de atender aos cidadãos e à sua família em um território determinado partiu da experiência dos agentes comunitários de saúde no Ceará. Em 1993, o Ministério da Saúde aprofundou as discussões acerca de um novo programa, o Programa Saúde da Família, sendo que esse olhar por meio do núcleo familiar já havia sido utilizado por outros países na concepção de sua atenção primária à saúde. O Brasil utilizou muito da experiência do Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra (ROSA, 2005).

Algumas das características da Estratégia Saúde da Família são semelhantes a outros modelos de atenção à saúde, por exemplo, as reflexões do médico inglês Bertrand Dawson (1920) e a Medicina Comunitária (1970). O médico Dawson defendia um sistema no qual as ações estariam mais voltadas à prevenção e terapêutica, por meio da regionalização e dos médicos generalistas, como meio para cuidar das pessoas e da comunidade, além da territorialização da assistência (FRANCO; MERHY, 2003).

A Medicina Comunitária surgiu no EUA como alternativa para atender aos excluídos do sistema de saúde, pois, em virtude do alto custo dos serviços médicos utiliza-se como a Estratégia Saúde da Família, a vigilância à saúde, à epidemiologia, “[...] o fluxo da atenção à saúde de forma hierarquizada, considerando o nível primário as ações de menor complexidade (sic.) a serem realizadas nos locais mais próximos da comunidade”. (FRANCO; MERHY, 2003, p. 10).

Porém, a Medicina Comunitária apresentava problemas, pois, mesmo focando suas ações para prevenção e incorporando o território como forma de estreitamento da relação e o compromisso sanitário do serviço de saúde à comunidade, a partir de equipes multidisciplinares não houve alteração na forma de trabalho do profissional médico, ou seja, “[...] sua incapacidade em alterar os atos do cotidiano, os quais determina em grande medida o modo de se produzir saúde, coloca em questão a proposta da Medicina Comunitária”. (FRANCO; MERHY, 2003, p. 10).

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde reuniu em Alma Ata, União Soviética, 144 países para tratar dos Cuidados Primários em Saúde, em meio à crise iniciada na década de 1970. A grande pressão política e econômica em virtude dos efeitos da crise, aumento da pobreza, diminuição na oferta de serviços sociais, aumento na demanda por serviços médicos de alto custo, *déficit* público, restrição no financiamento público, fez ressurgir a Medicina Comunitária aprimorada, como resposta possível naquele momento (FRANCO; MERHY, 2003).

Semelhante proposta atendeu muito mais ao objetivo de racionalizar custo do que às mudanças profundas, como exemplo, a centralidade da assistência no ato médico.

Assim, a Estratégia não trouxe um ar inovador, já que desde 1920 alguns dos seus princípios norteadores já eram utilizados. Soares (2005, p. 4) vai mais longe em sua crítica, considerando que o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, na década de 1970, foi muito mais avançado em suas propostas, principalmente ao incluir o conceito de Saúde Coletiva, “[...] o entendimento das determinações sociais do processo saúde-doença em termos coletivos ultrapassava o âmbito individual e familiar”.

Mesmo diante das divergências, a Estratégia avançou no Estado brasileiro enquanto proposta que conseguiria dar acesso universal à população até então excluída dessa política social.

Em 2004, a Estratégia Saúde da Família ainda foi um programa sob gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e sua adesão ocorria por meio de assinatura de convênios entre o Ministério da Saúde, estados e municípios. Tinha como prioridade sua implantação em áreas de risco social, definidas pelo estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, denominado Mapa da Fome, porém, havia exigência de contrapartida, como determinava esse tipo de modalidade de transferência de recursos. possuindo também alguns critérios a serem cumpridos, como a existência de um conselho municipal de saúde e a constituição de um fundo municipal de saúde (BRAVO, 2004).

Em 2005, o Programa passou a ser gerido pelo Ministério da Saúde, resultado de processo histórico de outras experiências, debates e ensaios. A proposta da Estratégia incluía mudança na assistência à saúde, saindo de um modelo que atendia por demanda, que tratava a doença e desconhecia a realidade da comunidade, e passando para o conceito de territorialidade, tendo a família como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde, além da responsabilidade sanitária da equipe pela comunidade na qual está inserida.

Nesse período, a equipe teria que ser composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Sendo que as orientações deixavam aberta a inserção de outros profissionais, de acordo com as características epidemiológicas e necessidades da população (BRASIL, 1997).

O objetivo do Programa era:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1997, p. 10).

Essa abordagem por meio da família, território e responsabilidade apontavam para possível reorientação do modelo de atenção a saúde.

A Cobertura Populacional pela Estratégia Saúde da Família era o indicador que as áreas técnicas utilizavam como parâmetro para definir como estava o acesso da população às ações e serviços da atenção primária, partindo do pressuposto que a Estratégia garantiria esse acesso (Gráfico 6).

Podemos identificar evolução na cobertura populacional pela Estratégia, porém, sem grandes variações de um ano para outro. De 2003 para 2011, houve ampliação de 17% da população coberta, num universo de nove anos. Em média, um acréscimo anual de 2,21%. De 2006 para 2007, não chegou a 0,50% de variação e, de 2010 para 2011, a variação foi de 0,66%.

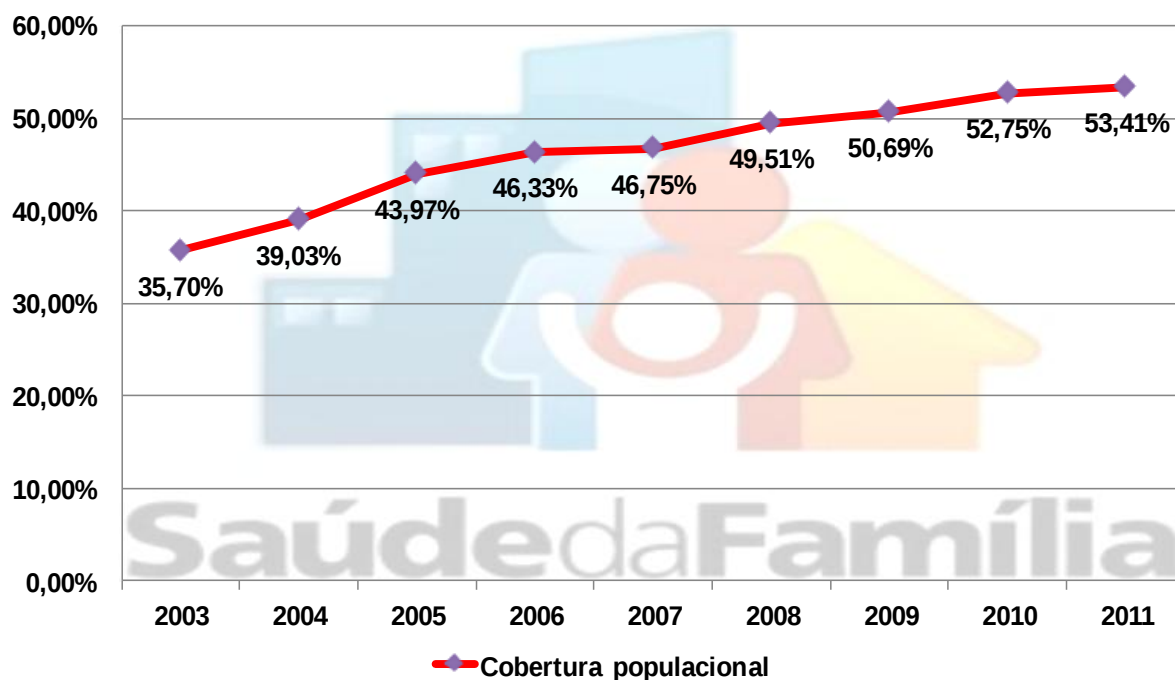


Gráfico 6. Evolução da população coberta pela Estratégia Saúde da Família no Brasil no período de 2003-2011

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados divulgados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica – Ministério da Saúde

Essa pífia evolução da cobertura pela estratégia se deveu à baixa adesão dos municípios com o sistema de saúde complexo. Nas cidades, a Estratégia Saúde da Família passou a ser apenas focalizada aos cuidados básicos de saúde e voltado para o atendimento apenas da população mais exposta às condições precárias, seja sanitária, social, econômica e cultural normalmente localizada na periferia. Isso porque a reestruturação desse sistema complexo e tradicional a que a Estratégia se propôs “[...] implica em incorporar um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas com significativos custos de reestruturação”. (CAETANO; DAIN, 2002, p. 4).

Esse é outro ponto marcante para o não avançar da Estratégia: a relação de dependência dos municípios para com a transferência de recursos governamentais.

No Brasil, grande parte dos municípios não possuía economia que lhe garantisse arrecadação capaz de manter as ações, agora sob sua responsabilidade, ficando na dependência dos recursos da maior detentora do fundo público. (BRAVO, 2004).

No caso dos grandes municípios que possuíam um sistema com estrutura física, tecnologia e de pessoal já instalados e em funcionamento público, fazia-se necessária para dar continuidade às ações, visto não possuir tão fortemente essa dependência financeira para com a União, à mudança de um modelo de assistência, do tradicional para a Estratégia Saúde da Família, demandando grande soma de recursos, além de importantes mudanças na parte estrutural, social e cultural do sistema municipal de saúde. O que hoje é base para a definição dos recursos destinados aos municípios não contemplaria essa mudança, nem para o investimento necessário, nem para o custeio mensal das equipes (CAETANO; DAIN, 2002).

Assim como ocorre atualmente na política da assistência social, a focalização no Programa Bolsa Família, enquanto política priorizada para resolver o problema da extrema pobreza, na política da saúde a focalização na Estratégia Saúde da Família como capaz de mudar o modelo de atenção à saúde, intitulado como “porta de entrada” para o SUS, deixa de considerar todos os demais condicionantes e determinantes, assim como necessita de rede organizada e resolutiva, o que nada mais é que discurso sem efeito na condição de saúde da população.

Ao centrar foco numa atenção primária, que desconsiderou primeiramente que o perfil epidemiológico da população mudou, principalmente nas grandes cidades, e que agora os “pobres”, hoje, estão morrendo de trauma, acidentes e violências, câncer, doenças cardiovasculares, problemas cuja resolução vai muito além da capacidade de atendimento do PSF” (SOARES, 2005, p. 3). Na realidade, está se criando um sistema dividido em dois, um menos complexo, barato e precarizado, e outro ambulatorial-hospitalar, de alta complexidade tecnológica, custo elevado e acesso restrito.

Em 1996, foi publicada a NOB 96 que, como já foi visto na primeira seção, incorporou os conceitos da contrarreforma, ao deixar clara a descentralização de cima para baixo, que ocorre até os dias atuais. Nesse aspecto, há dependência para como o setor privado e a padronização de objetivos e metas para um país com tamanhas diferenças epidemiológicas, sanitárias, ambientais, sociais, culturais, econômicas e políticas, como é o caso do Brasil.

Outra distorção da NOB 96, em relação à atenção primária, foi padronizar num único modelo para áreas geográficas diferentes, procedimentos e processos de trabalho idênticos para Equipe de Saúde da Família, num território inserido numa cidade de 5 mil habitantes para outra equipe que está inserida numa cidade-metrópole de 2 milhões de habitantes. Talvez, nem mesmo a Estratégia Saúde da Família seja a mais adequada para a população.

Como a dinâmica se mostra diferente para cada realidade, então, como padronizar e ainda vincular o financiamento e aceitação de um modelo posto e igual para todos?

É inegável que tais normativas, como a NOB 01/96, produziram efeito positivo para a descentralização das políticas, a qualquer preço, ou melhor, a adesão negociada.

A definição e priorização de um financiamento para atenção primária num longo período de destinação de recursos, quase que exclusivamente para atenção ambulatorial e hospitalar, foi um avanço, mesmo que não baseado em necessidades, mais sim no critério populacional. Outro avanço das NOBs está na mudança da forma de transferência, modalidade fundo-a-fundo, deixando mais flexível o planejamento e a execução das ações, como também eliminando a relação clientelista, patrimonialista que existia na modalidade convênio.

De 1996 até o momento atual, inúmeras publicações, documentos, congressos, seminários discutiram a Estratégia, trazendo novos arranjos, conceitos, resultados de experiências já vivenciadas pelas equipes implantadas no Brasil.

Todo esse material produzido, inclusive a legislação que disciplinou a Estratégia, foi revisto, atualizado e consolidado, culminando com a publicação da Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para os Programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

É importante mencionar que junto a essa portaria, outras foram publicadas para que a normatização da Política fosse completa, algumas delas: a Portaria GM/MS n. 649, de 28 de março de 2006, que definiu valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de unidades básicas de saúde para as equipes de Saúde da Família; Portaria GM/MS n. 650, de 28 de março de 2006, que estabeleceu valores de financiamento do Piso de Atenção Básica (PAB), fixo e

variável, mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS; Portaria GM/MS n. 822, de 17 de abril de 2006, que alterou critérios para definição de modalidades das Equipes de Saúde da Família.

A Política tem fundamental importância para a Saúde da Família, pelo menos conceitualmente, pois mudou o termo Programa para Estratégia, definindo que o Estado brasileiro passaria a adotá-la enquanto estratégia para a mudança do seu modelo de atenção à saúde.

Além dessa alteração, foram emitidas orientações, definições e sugestões de como se daria a gestão da atenção primária à saúde: os princípios gerais da Estratégia Saúde da Família (ESF), os papéis das secretarias de saúde dos municípios, dos estados, do DF e do Ministério da Saúde (MS), a carga horária de 40h para os profissionais das equipes da ESF, a obrigatoriedade de curso introdutório para todos os integrantes das equipes da ESF e em que os recursos financeiros do bloco da atenção básica poderiam ser gastos, claro que em qualquer ação da Atenção primária, desde que a mesma estivesse contemplada nos planos municipais de saúde (BRASIL, 2006).

Em 2011, essa Política foi reeditada com algumas alterações, pela Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Como a anterior, considerou toda a legislação posterior a 2006 que tratava da atenção básica e revogou outras, inclusive a Portaria n. 648/GM/MS, de 28 de março de 2006.

A Política de 2011 deixou clara a questão da terminologia, pois “os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidas neste documento”. (BRASIL, 2011, p. 1).

Também incluiu a questão das funções na rede de atenção à saúde, definindo que a:

[...] organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre

toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2011, p.3).

Reafirmou, dentro das responsabilidades comuns de cada esfera, que todos deveriam apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde e a contribuição com o financiamento tripartite da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Essa reafirmação da necessidade de haver redes de Atenção à Saúde pode resolver o problema da ausência da “porta de saída” e que conforme Soares (2005) é um dos estrangulamentos dos encaminhamentos feitos pelas equipes da Saúde de Família.

A ausência da porta de saída pode ser exemplificada quando o cidadão não consegue dar continuidade ou demora muito para chegar a um diagnóstico, pela não realização dos exames e procedimentos, provocando, assim, demora no início do tratamento, piora no estado clínico, aumentando a demanda à média complexidade e, em caso mais extremos, à alta complexidade.

Essa dependência da Estratégia Saúde da Família para os demais setores da assistência, como o de diagnóstico, por exemplo, é visto como fragilidade e até um limitador das potencialidades do modelo, pois, ao separar as competências, sendo “da saúde coletiva, cuidamos nós, o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica”, a Estratégia se coloca como auxiliar para o Modelo Médico Hegemônico, perdendo a oportunidade de propor soluções inovadoras, como a clínica ampliada, não avançando, assim, em seus objetivos propostos (FRANCO; MERHY, 2003, p. 22).

Mas, para esses autores, a questão que realmente colocava em dúvida a possibilidade de mudança do modelo de atenção à saúde por meio da Estratégia estava na centralidade da assistência no ato médico, ou seja, não seria só alterando estrutura que haveria alteração do modelo de atenção, mas, principalmente, a partir da reorganização do processo de trabalho. E isso a Estratégia ainda não conseguiu avançar, pois foram necessárias alterações profundas nos processos de trabalho do médico e demais integrantes da equipe. Assim:

[...] é preciso considerar que o trabalho médico procedimento centrado, é ao mesmo tempo determinado pelo uso de tecnologias

duras, o que o torna não apenas custoso, mas pouco resolutivo, na medida que impõe o caráter frio do produto no lugar da finalidade, como o centro da atenção. Resolver problemas de saúde resumiu-se em realizá-los, como um fim em si mesmo. (FRANCO; MERHY, 2003, p. 30).

E concluem, os mesmos autores que, muito mais que alterar estrutura seria preciso “[...] modificar as referências epistemológicas, será necessário destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados, estruturados” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 31).

Nessa perspectiva de mudança na centralidade da assistência no médico, a última NOBS, de 1996, apresentou a intenção de iniciar esse processo, passando de um modelo “assentado na lógica da clínica – baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção” (BRASIL, 1996, p. 8) para um novo modelo no qual a ética do coletivo ultrapasse a ética do indivíduo e, para que isso ocorra é preciso a “[...] transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) [...]. além disso é preciso também considerar os fatores determinantes da situação de saúde.” (BRASIL, 1996). Entretanto, no texto da Portaria não se vislumbra como se daria esse processo, não descartando que essas orientações poderiam estar inseridas em outros instrumentos, já que o SUS se constituía em um sistema com elevado grau normativo.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS de 2001 reafirmou o município como responsável pelas ações da atenção primária, ao instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA).

Incluiu novos requisitos para sua habilitação, sendo sete áreas estratégicas para que os municípios desempenhassem suas atividades: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal (BRASIL, 2001).

Além desses critérios que tencionaram a busca por resultados pautados por indicadores de saúde, existem mais 16 responsabilidades, 12 requisitos e 3 prerrogativas (BRASIL, 2001).

Novamente fez-se uso do financiamento como mecanismo para incentivo à adesão dos municípios a mais essa normativa. Podemos incluir que, além de um

mecanismo de indução, ela se constituiu enquanto dominação e controle por parte da União.

A NOAS de 2002 é, basicamente, semelhante à de 2001, porém ampliou as responsabilidades dos municípios para a atenção primária. Para sua habilitação, o município teria que cumprir com 18 responsabilidades, 13 requisitos e as mesmas prerrogativas. Além de manter as 7 áreas para atuação estratégica, havia também descrição das atividades mínimas a serem realizadas pelo município para cada área e incluía novos procedimentos no elenco da atenção primária (BRASIL, 2002).

Como já discutido anteriormente, a padronização por meio de normas tão inflexíveis ou que desconsideram a realidade heterogênea do país, dificultou o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e, mais grave do que somente dificultar, tenha sido a descentralização sem qualidade ou sem sustentação, já que alguns municípios podem ter pleiteado sua habilitação sem a devida capacidade técnica, financeira e política.

Em 2004, os gestores das três esferas de governo concluíram que, muito do que foi proposto até então pelas normas, não haviam sido implantados de fato, sendo necessário avançar no processo de pactuação entre eles. Vale ressaltar que, mesmo não avançando da maneira como havia sido almejado, todo o processo de discussão levou a um “[...] amadurecimento dos processos de negociação e pactuação de políticas entre os gestores, e mesmo da estruturação do sistema de saúde”. (BRASIL, 2007, p. 129).

Assim, após dois anos de muito trabalho envolvendo o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, foi lançada a normativa para o SUS, o “Pacto pela Saúde”, por meio da Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006.

O Pacto pela Saúde está organizado por meio de três dimensões, Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Se analisada a estrutura da norma, nada mais é que uma nova organização ou agrupamento daquelas áreas estratégicas, responsabilidades, requisitos e prerrogativas das normas anteriores.

Entretanto, existiram alterações significativas nos instrumentos de gestão, na relação entre os entes e na própria terminologia. Não há mais a habilitação por parte dos municípios e dos estados, mas sim a assinatura de um Termo de Compromisso de Gestão, na qual o gestor assumia suas responsabilidades, mesmo que ainda não as cumprisse, estabelecendo um prazo para que isso começasse a ocorrer, respeitando suas especificidades regionais (BRASIL, 2006).

Então, temos as áreas estratégicas na dimensão Pacto pela Vida que, sendo priorizadas e, caso fossem enfrentadas de fato, produziriam impacto na situação de saúde da população: saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde e, por fim, o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006).

Dentre os objetivos do Fortalecimento da Atenção Básica, o primeiro confirmou a posição do Estado brasileiro em definir como prioridade a Estratégia Saúde da Família para o alcance do mesmo. Acrescentou o respeito às características locais e regionais e foi além no seu último objetivo, ao considerar a possibilidade de apoiar outros modos de organização da atenção primária, desde que os mesmos considerassem os princípios da Estratégia Saúde da Família, mantendo o respeito à diferença.

Na análise sobre o financiamento, que acontecerá na próxima seção, veremos se esse “apoiar” também aparece na destinação de recursos.

Dentre os objetivos houve também a tentativa de resolver a baixa adesão das grandes cidades pela Estratégia, buscando, assim, a expansão das equipes nestas cidades.

Os objetivos, de maneira geral, caminharam para resolver os problemas detectados no decorrer de, aproximadamente, doze anos de descentralização da atenção primária. Girou em torno da educação permanente para a Saúde da Família, ofertando cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família, melhoria na infraestrutura física, tecnológica e médica das unidades básicas de saúde, gestão dos recursos humanos com vínculo estável de trabalho e ampliação do financiamento, principalmente pelo ente estadual, já que os municípios e União já financiavam, no caso de última, sem entrar na seara, o necessário ou suficiente.

O Pacto pela Saúde trouxe mais inovação na gestão dos recursos, a partir de então, com a promessa de dar mais flexibilidade e autonomia aos estados e municípios; as transferências fundo-a-fundo seriam agrupadas por meio de cinco blocos de financiamento: Atenção básica, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em saúde, Assistência farmacêutica e, Gestão do SUS. Em 2009 foi

lançado o sexto bloco, o de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, por meio da Portaria n. 837, de 23 de abril de 2009.

O bloco da atenção primária foi dividido em dois sub-blocos, o Piso da Atenção Básica e o Piso da Atenção Básica Variável, como já ocorria nas legislações anteriores.

Temos, então, nova forma de gerir o SUS a partir de 2006, repetindo a fala dos técnicos do Ministério da Saúde, “sem recurso novo”, somente a boa e velha forma de descentralizar responsabilidades, sem discutir a essência da questão, o sub-financiamento.

A não regulamentação da EC n. 29/00 e o fim da CPMF, em 2007, deram base a mais essa tentativa de avançar apenas por meio de reformas institucionais e descentralização de responsabilidades.

Assim, o Pacto pela Saúde seguiu como os demais ideários do governo Lula para a saúde, na correlação de forças entre a reforma sanitária e o setor privado, com continuidade no avançar privatizante, na focalização das políticas e, principalmente, na não ampliação dos recursos da União para a saúde.

No próximo item será analisado como ocorreu o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso e se os efeitos da contrarreforma e das políticas neoliberais causaram também a focalização na Estratégia enquanto única opção para garantir o acesso da população as ações e serviços de saúde.

2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO GROSSO, DA SUA IMPLANTAÇÃO ATÉ 2003.

Por que separar os períodos? Durante a organização dos documentos ficou evidenciado que o período de 1995 até 2003 foi marcado pela estruturação da saúde em Mato Grosso após a Constituinte; assim, a separação dos períodos facilitará a compreensão do momento histórico de transição que passava o Brasil, como Mato Grosso.

A partir de 1995, Mato Grosso começou a vivenciar um momento de ajuste da administração pública, para atender a contrarreforma.

Como a meta era de enxugar a máquina pública, por meio das privatizações, concessões e extinções de órgãos, especificamente para a área da saúde, em virtude principalmente do grande movimento da Reforma Sanitária e para atendimento das normativas lançadas pelo Ministério da Saúde, se deparou com um grande movimento interno para fazer acontecer alguns dos princípios do SUS, como a descentralização e a universalidade da assistência à saúde.

Um dos primeiros documentos elaborados pelo recém-empossado Secretário de Estado Saúde, Dr. Júlio Strubing Müller Neto, médico formado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e com grande atuação na área da saúde coletiva, foi a Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários, ainda em 1995.

Essa política foi realinhada em 2005, já apresentando, dentre as suas Diretrizes, o Fortalecimento da Atenção Básica, no qual a equipe de saúde da família foi considerada a principal estratégia organizativa, devendo suas ações ser pautadas pela “promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do indivíduo e da população”. (MATO GROSSO, 2005, p. 6).

Juntamente com o Plano de Metas, da Frente Cidadania e Desenvolvimento, esse planejamento estabeleceu como a secretaria iria trabalhar nesses cinco anos que seguiram.

Em 1995, Mato Grosso apresentava o “perfil epidemiológico de transição”, ou seja, um panorama das doenças características de Estados pobres e outras de Estados ricos, resultado de uma economia em expansão, mas com elevada concentração de renda, agravada pelo processo de ocupação territorial acelerada e pela atividade econômica predominantemente predatória dos recursos ambientais. Somado a isso, havia a rede pública de saúde pouco estruturada para dar respostas às necessidades da população (MATO GROSSO, 2000).

A constituição e as características dos municípios mato-grossenses estavam ligadas, entre outros aspectos, à atividade econômica que era desenvolvida na região. Como nos demais tempos históricos, ali também se iniciou pela busca dos minerais, tendo sido o garimpo a mola mestre da dinâmica de ocupação. Posteriormente, já na década de 30 do século passado, pelo incentivo do Governo Vargas, deu-se início à Marcha para o Oeste, com objetivo de ocupar os vazios geográficos do Estado (MATO GROSSO, 1995).

Assim, a partir da década de 1960 a atividade econômica predominante foi a agricultura extensiva, com redução da plantação em pequenas áreas, passando para grandes extensões de terra. O perfil do migrante deixou de ser a dos nordestinos, mineiros e goianos, passando para os de origem da região sul do país. Além dessa migração entre territórios, ocorreu a migração do campo para cidade, principalmente pelas características do novo modelo agrícola implantado, grandes extensões de terras, com grande percentual de mecanização (MATO GROSSO, 1995).

O movimento de ocupação das terras mato-grossenses, sua divisão entre o campo e a cidade, assim como o número de municípios evidenciou que, nas décadas de 1960 e 1970 ocorreu uma explosão demográfica no Estado, um crescimento de 79% de uma década para a outra. Outro fenômeno foi a alteração na distribuição da população urbana e rural. Até a década de 1970 havia mais pessoas na zona rural, situação que foi alterada na década de 1980, com o êxodo rural. Essa diferença aumentou gradativamente, sendo que em 2011, do total de 3.075.862 habitantes, 82% estavam na zona urbana e apenas 18% na zona rural (Tabela 2).

Tabela 2: Evolução da população residente em Mato Grosso, por situação de domicílio, período de 1960-2011

Ano	População	Urbano	Rural	Número de Municípios
1960	889.539	343.569	545.970	29
1970	1.597.090	684.189	912.901	34
1980	1.138.691	654.952	483.739	55
1991	2.027.231	1.485.110	542.121	95
2000	2.498.150	1.982.969	515.181	126
2003*	2.651.313	2.104.613	546.700	141
2004*	2.759.134	2.119.333	639.801	141
2005*	2.803.274	2.153.195	650.079	141
2006*	2.807.482	2.157.190	650.292	141
2007 (1)	2.854.642	2.305.507	549.135	141
2008 (1)	3.009.571	2.403.646	605.925	141
2009 (1)	3.057.261	2.505.243	552.018	141
2010 (1)	3.035.122	2.482.801	552.321	141
2011 (1)*	3.075.862	2.522.207	553.655	141

Fonte: Elaboração da autora a partir do Anuário Estatístico de Mato Grosso, IBGE - Contagem Populacional, Estimativa 2006 feita em 14/07/2006 – PNAD. Nota: * IBGE. Estimativa populacional. (1) PNAD. (1) * Estimativa pelo percentual anterior.

Para a política de saúde, conhecer o perfil demográfico era essencial na elaboração das políticas públicas. Assim, a partir de 1996 o Estado encontrou um novo desafio na sua condução, pois, na esfera federal havia um marco regulatório para o SUS, as Leis 8.080/90 e 8.142/91, conhecidas como as Leis Orgânicas do SUS; a NOB de 91 e 93; a Lei 8.689/93, que extinguiu o INAMPS, passando a gestão e os recursos sobre a assistência ambulatorial e hospitalar para o Ministério da Saúde, Estados e municípios e a NOB 96.

No contexto estadual, além das características próprias do Estado, como o seu perfil demográfico, por exemplo, havia outras variáveis que deveriam ser consideradas nesse processo de implantação do SUS e da descentralização das ações e serviços de saúde, com destaque para Estratégia Saúde da Família.

A desestruturação ou ausência, em alguns casos, da atenção à saúde nos municípios, foi exemplo em Mato Grosso até 1995, quando não havia qualquer município com agente comunitário de saúde, uma vez que os mesmos não contavam com estrutura adequada para atender a população, recorrendo muitas vezes à transferência dos pacientes as cidades com melhor estrutura, sendo Cuiabá, a capital, a referência de maior acesso. Além da ausência da estrutura, não havia, por parte dos gestores municipais, consciência das suas responsabilidades sanitárias a partir do que foi estabelecido pela Constituição de 1988 (MATO GROSSO, 2000).

Os Estados já possuíam experiência na execução das ações e serviços de saúde, o mesmo não acontecendo com os municípios.

Assim, a descentralização em Mato Grosso esbarrou num cenário constituído por problemas estruturais e também culturais.

O documento Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários identificou, a partir da análise de situação de saúde, que os municípios possuíam forte fragilidade em decorrência das “[...] práticas políticas clientelistas na redistribuição de atribuições, recursos e produtos, bem como à inexistência de programas de apoio e cooperação técnica [...]”. (MATO GROSSO, p. 2000, p.123).

Assim, a descentralização não ocorria como produto de política de saúde com foco na mudança do modelo de atenção à saúde vigente e na estruturação sanitária dos municípios, restringindo-se apenas ao âmbito da assistência ambulatorial e hospitalar. Além dessa característica, a descentralização ocorria sem a participação efetiva da Secretaria de Estado de Saúde (MATO GROSSO, 2000).

O documento deixou claro que, mesmo não podendo isoladamente alterar o perfil socioeconômico no que tange à sociedade, visto a forte desigualdade social, assim como pelo seu tom centralizado e autoritário, as políticas públicas de saúde de Mato Grosso deveriam estar pautadas na diminuição das desigualdades regionais, melhorando, assim, a qualidade de vida de seus cidadãos, por meio do aperfeiçoamento “[...] das condições socio sanitárias e ambientais dos grupos sociais e das regiões mais desfavorecidas de Mato Grosso”. (MATO GROSSO, 2000, p. 124).

Mantendo constante articulação com as demais políticas sociais, como a educação, combate a pobreza, emprego e renda, urbanização, assistência social,

cultura, segurança, esporte e as políticas estruturantes transporte, energia, comunicação, entre outras para alcançar esse fim (MATO GROSSO, 2000).

Ao final da análise da situação de saúde no estado de Mato Grosso e das referências gerais utilizadas para a elaboração do documento que norteou a execução das ações e serviços de saúde até 1999, e em virtude do momento histórico vivenciado, ficou claro o marco de transição que a saúde passava no estado, sendo assim concluído no documento:

Finalmente, a consolidação do SUS em MT passa pela redefinição da saúde enquanto prioridade da atuação governamental, pela redefinição do papel institucional da Secretaria Estadual de Saúde e por novos modelos de gestão e organização setorial que venham dar conta da promoção à saúde e da demanda assistencial reprimida.

No documento não foi feita qualquer menção direta à Estratégia Saúde da Família. Numa análise de suas Diretrizes, a que a contemplaria seria a que tratou da Regionalização, Descentralização e novos modelos assistenciais, seguindo o entendimento que a Estratégia era a nova forma de se fazer a assistência, possibilitando, assim, a mudança no modelo de atenção à saúde.

Dessa forma, o Estado iniciou seu processo de descentralização da saúde. Em 1997 foi aprovada a Resolução CIB n. 005/97, de 9 de maio de 1997, que dispôs sobre processo de habilitação para a NOB-SUS 01/96.

A resolução trouxe os documentos necessários, num total de 23 itens a serem cumpridos para sua habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e estabelecendo o fluxo a ser seguido. Esses processos deveriam ser encaminhados às Comissões Bipartite Regionais onde houvesse, ou aos Polos Regionais de Saúde, para análise e parecer prévio e posterior encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite Estadual, para análise, discussão, aprovação e publicação do ato de habilitação pela secretaria. Posteriormente, seria encaminhada à Comissão Intergestora Tripartite (CIT) o Termo de Habilitação para aprovação, já que Mato Grosso ainda não estava habilitado pela NOB 96.

No percurso de construção das normas que regulamentariam esse processo de descentralização da saúde, houve certo descompasso entre o Ministério da Saúde e o governo de Mato Grosso, a exemplo das orientações, dos critérios e fluxo para habilitação pela NOB 96. O estado lançou mão de sua normativa em 1997 e o Ministério da Saúde só o fez em 1998, por meio da Instrução Normativa n. 01/98.

Analisando os dois documentos, não foi observada qualquer divergência que prejudicasse a iniciativa estadual para a habilitação de seus municípios, demonstrando uma articulação entre os entes federados.

Em 1998, Mato Grosso já possuía 117 municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, conforme as Resoluções CIB n. 002 e 020 de 1998.

Em 1997, o Ministério da Saúde lançou a Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que tratou das normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

A Portaria se divide entre as normas e diretrizes para o Programa Agente Comunitário de Saúde e para o Programa Saúde da Família, sendo que a cada ente federado eram atribuídas responsabilidades na condução do processo de implantação do agente e da equipe (BRASIL, 1997).

Aos municípios, além das responsabilidades, havia os requisitos, as prerrogativas e as diretrizes operacionais. Para o Programa Saúde da Família, nosso objeto em questão, ao Estado, representado pela Secretaria de Estado de Saúde, coube à coordenação estadual pelo Programa, ou seja, ficava sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde conduzir, articular, incentivar, acompanhar, financiar, monitorar, avaliar, assessorar e capacitar em conjunto com o Ministério da Saúde os municípios nesse processo (BRASIL, 1997).

Já aos municípios coube a complexidade de ações a serem realizadas para que, de fato, a política acontecesse e se iniciasse pelo objetivo principal do Programa, a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da reorientação das unidades básicas de saúde. As responsabilidades giraram em torno da inserção do programa nos instrumentos de planejamento, Plano Municipal de Saúde, nas leis orçamentárias, contratação e qualificação dos profissionais das equipes, definição das áreas territoriais priorizadas, com base na vulnerabilidade social, alimentação dos sistemas de informação, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e utilização deste no monitoramento e avaliação do programa, garantir infraestrutura e insumos, e, por fim, para que o programa se tornasse tanto porta de entrada, como de saída na inserção do mesmo na rede de serviços de saúde, criando sua referência e contrarreferência (BRASIL, 1997).

Dois requisitos destacam, no primeiro, a autonomia do município na definição dos meios e condições para a operacionalização do programa, sendo que no segundo que se desdobrasse em três subitens, o município precisava estar

habilitado na NOB 96, ter a ata de aprovação da implantação do programa no município, pelo conselho municipal de saúde, e a solicitação de adesão feita ao coordenador estadual do programa, nesse caso, a Secretaria de Estado de Saúde (BRASIL, 1997).

As diretrizes operacionais do Programa enfocavam e reforçavam mudança na prática dessa assistência, a importância da vinculação da população ao seu território, estabelecendo, assim, um elo de responsabilidade entre a equipe e a população adscrita. Além da execução de outras ações, como: programação e planejamento descentralizados, integralidade da assistência, abordagem multiprofissional, estímulo à ação intersetorial e à participação e controle social, educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família e adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 1997).

Ainda sobre as diretrizes, se fazia necessária a caracterização das unidades do programa, sendo as ambulatoriais públicas de saúde que deveriam ser o primeiro acesso da população à saúde, realizando ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação num território determinado, por meio de ações intersetoriais (BRASIL, 1997).

Já as equipes do Programa Saúde da Família deveriam ser compostas por médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe deveria atender, no máximo, 1.000 (hum mil) famílias, ou 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas e cada agente comunitário de saúde deveria atender, no máximo, a 150 famílias, ou 750 pessoas (BRASIL, 1997).

O que ficou definido como direito dos municípios que aderissem ao Programa foi o recebimento dos recursos federais proporcionais à população assistida pelo programa. Sobre os recursos estaduais, a portaria apenas mencionou que cada ente estadual definiria como deveria ser esse apoio ao programa, deixando clara a fragilidade do financiamento tripartite, como definido na legislação e normativas do SUS.

Portanto, o Brasil iniciou a tentativa de mudança do seu modelo de atenção a saúde, ainda que a aposta de toda essa transformação estivesse fundamentada em um único programa.

Mato Grosso, em 1997, implantou oito equipes de saúde da família nos municípios Nortelândia, Diamantino, Guarantã do Norte, Nova Mutum, Denise e em Curvelândia, Distrito de Cáceres (MATO GROSSO, 2000).

A Portaria do Ministério da Saúde, n. 157, de 19 de fevereiro de 1998, definiu como seria o financiamento da parte variável do Piso da Atenção Básica - PAB, que consistia no Programa do Agente Comunitário e do Programa Saúde da Família, lembrando que o PAB era o montante de recursos definidos na NOB 96, transferido regularmente, do Fundo Nacional de Saúde - FNS, órgão do Ministério da Saúde, aos fundos municipais de saúde, por isso é denominado, fundo-a-fundo. Esse recurso se destinava ao custeio da atenção primária do município, cujo valor era definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional, pelo número de habitantes no município, conforme dados do IBGE.

Até essa normativa, a parte variável do PAB destinado a esses programas era definida por um acréscimo percentual sobre o PAB, que variava de acordo com a cobertura do programa. Quanto mais coberta fosse a população maior seria seu incentivo. A partir de então, ficou determinado um valor anual que variava, só que seguia o valor da parte fixa do PAB recebido pelo município (BRASIL, 1998).

Em sentido contrário e talvez numa tentativa de promover a equidade, a variação foi inversamente proporcional, ou seja, quanto maior a parte fixa do PAB, menor o incentivo recebido pelo município, ou, quanto menor o município, maior o recurso recebido pelo PAB variável (BRASIL, 1998).

Não havia, na NOB 96 e na Portaria n. 157/98, informação se os valores definidos estavam baseados em estudos que demonstrassem o custo estimativo médio ou próximo de cada equipe de saúde da família. Se considerarmos a dimensão territorial do Brasil, suas diferenças, em todos os aspectos, cultural, econômico, social, geográfico, entre outros, ainda assim seria complicado definir ou estimar o custo de cada equipe e padronizá-lo para todo o país.

Em Mato Grosso, é a Resolução CIB n. 18, de 5 de junho de 1998, que estabeleceu o fluxo a ser seguido pelos municípios e pela Secretaria de Estado de Saúde para a adesão ao Programa Saúde da Família e ao Agente Comunitário de Saúde, ficando, assim, delineado esse caminhar, como demonstrado a seguir:

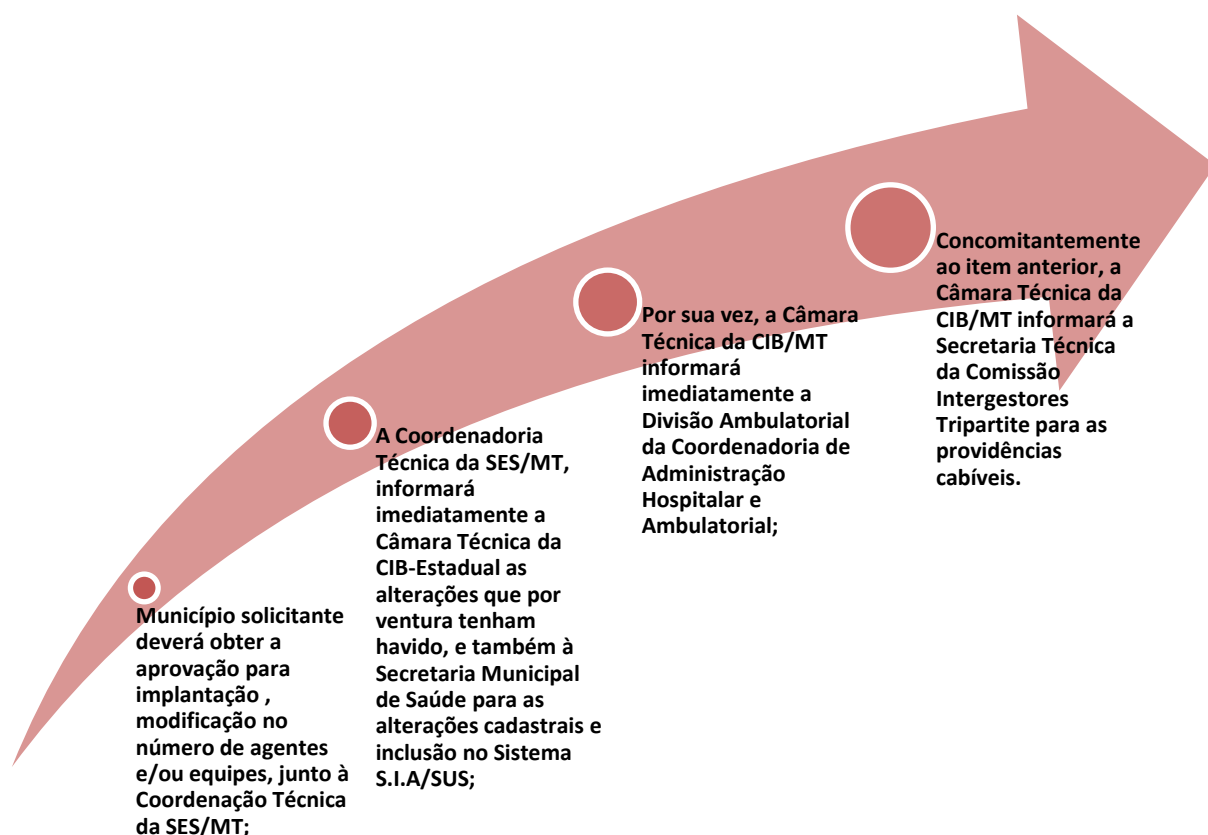


Figura 1. Fluxo para adesão municipal ao até então Programa Saúde da Família
 Fonte: Elaboração da autora a partir da Resolução CIB n.18/98.

Em Mato Grosso, no ano de 1998, existiam 22 equipes da saúde da família implantadas em 18 municípios, com cobertura populacional de 3,6% (MATO GROSSO, 2001).

Em 1999, o Ministério lançou a Portaria n. 832, de 29 de junho de 1999, iniciando o acompanhamento e avaliação do Programa Saúde da Família nos estados e municípios, em conjunto com a Portaria n. 3.925/98, de 13 de novembro de 1998, que aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica. Esse monitoramento e avaliação ocorreram por meio a um conjunto de indicadores anualmente pactuado na Comissão Intergestora Tripartite.

Ainda em 1999, o Estado esbarrou num fator que até nos dias atuais representa um dos grandes entraves e desafios para a descentralização da saúde, como para a consolidação da Estratégia como possibilidade de mudança de modelo

de atenção à saúde: a diferença entre os recursos humanos necessários e os disponíveis para a formação das equipes.

Essa dificuldade não está só vinculada à ida desses profissionais para o interior do Estado, mas também à sua formação tradicional, o que dificulta as novas práticas que a Estratégia propõe, assim:

[...] para uma mudança real no modelo assistencial vigente precisará alcançar níveis de qualificação que garantam o desenvolvimento de ações inovadoras em relação aos modelos tradicionais e a habilitação para o gerenciamento de processos e resultados, incluindo a utilização efetiva de instrumentos e práticas de avaliação de impacto. (CAETANO; DIAN, 2002, p. 17).

Para o restante do Brasil, tal como ocorreu em Mato Grosso, a dificuldade em levar esses profissionais para o interior foi apontada, em 1999, como barreira à implantação da Estratégia da Saúde nos municípios.

Mesmo após 14 anos esse problema ainda não foi resolvido, em 2013 o governo lança o Programa Mais Médicos², centralizando a precarização da atenção primária apenas na ausência do médico no interior do Brasil, deixando outros pontos em aberto como o subfinanciamento, a privatização, a descentralização verticalizada e autoritária de políticas e programas pelo Ministério da Saúde, a focalização e a padronização de modelos de atenção à saúde, critérios e normas para estados e municípios com expressivas diferenças em sua situação de saúde e infraestrutura.

Retornando ao período em questão, para tentar reduzir essa barreira e avançar, o Ministério da Saúde publicou em 1998 três portarias que tratavam basicamente da alteração dos critérios e do valor/incentivo do Programa.

Se a Portaria n. 157/98 definia o valor por equipe pelo quanto o município recebia pela parte fixa do PAB, a Portaria n. 1.329/99 voltou a trabalhar com a questão da cobertura do programa. Quanto mais equipes existir no município, maior sua cobertura, maior o valor/incentivo por equipe a ser recebido, além de um

² O Programa Mais Médico faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde não existem profissionais. Com a convocação de médicos para atuar na atenção básica de periferias de grandes cidades e municípios do interior do país, o Governo Federal garantirá mais médicos para o Brasil e mais saúde para você. As vagas serão oferecidas prioritariamente a médicos brasileiros, interessados em atuar nas regiões onde faltam profissionais. No caso do não preenchimento de todas as vagas, o Brasil aceitará candidaturas de estrangeiros, com a intenção de resolver esse problema, que é emergencial para o país. (BRASIL, 2013).

incentivo adicional no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por equipe implantada, divididos em duas parcelas únicas (BRASIL, 1999).

Antes de comentar sobre a Portaria n. 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, uma terceira, a Portaria GM n. 1.350, de 18 de novembro de 1999, definiu o que seria transferido ao Fundo Estadual de Saúde, os valores correspondentes aos municípios que, mesmo já tendo equipes implantadas, ainda não tinham se habilitado em uma das modalidades da NOB 96, ficando a Secretaria Estadual responsável em executar ações voltadas à implementação do Programa de Saúde da Família.

A segunda portaria, de n. 1.348/99, tentou não padronizar, padronizando, e ainda destinando menor recurso aos municípios que adotassem estratégia similar à Saúde da Família. Entretanto, ela, se cumprisse com todos os requisitos proposto pela portaria, deixaria de ser similar, passando a ser a própria Estratégia.

Isso confirma o que Soares (2005, p. 2) analisou sobre um programa vertical, sendo “bancado por ‘incentivos’ financeiros no repasse de recursos aos municípios, obrigando, na prática, a sua adoção por parte dos governos municipais”.

As três portarias, mesmo com viés direcionado para as práticas focalizadas, verticalizadas e como forma de manipulação pelo financeiro, têm como objetivo aumentar os recursos aos municípios para a contratação dos profissionais que farão parte das equipes.

Mato Grosso, para enfrentar essa dificuldade em contratar profissionais para trabalhar no interior do estado, pactuou, em 1999, a Resolução CIB n. 041, de 03 de dezembro de 1999, que tratou da flexibilização no processo de implantação do até então Programa Saúde da Família - PSF. Essa flexibilidade estava relacionada diretamente aos recursos humanos. A composição mínima da equipe passou a ser a de um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Caso o município demonstrasse a não possibilidade de ter o auxiliar de enfermagem, devidamente justificado, poderia haver sua substituição pelo atendente de enfermagem, entretanto, o município deveria incorporar o auxiliar ou formar o atendente para essa função, num prazo de 180 dias (MATO GROSSO, 1999).

Essa flexibilidade ocorreu também na carga horária somente do médico ou enfermeiro, desde que o outro vínculo profissional fosse também público. Assim, o

profissional poderia atuar em duas funções no município ou entre municípios que não ultrapassem 4.500 habitantes (MATO GROSSO, 1999).

A questão dos recursos humanos e o processo de trabalho no Programa Saúde da Família foram apresentados por Franco e Merhy (2003) que, fazendo alusão ao mistério da Esfinge, “decifra-me ou te devoro”, evidenciou um problema conhecido por todos, porém o enigma ou problema por não ser decifrado, a Esfinge devorou a todos, ou seja, o Programa não avançaria na proposta de mudança do modo de se fazer saúde, e “acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura”. (FRANCO; MERHY, 2003, p. 29).

A necessidade de mudança na estrutura das equipes, proposta inicialmente, como o que ocorreu na Resolução n. 41/99, reafirmou essa análise, pois a centralidade no modelo médico trouxe a necessidade de se flexibilizar o mínimo de formação necessária, no caso do auxiliar de enfermagem, e a carga horária do médico e do enfermeiro, pois o que se alterou foi tão somente a forma ou estrutura, sem modificar os processos de trabalho.

Voltando à tentativa de avançar na implantação do Programa Saúde da Família em Mato Grosso, com análise direcionada aos resultados já alcançados pela Estratégia até então, no ano de 2000 foi publicado, pelo governo estadual, o Decreto n. 1.169, de 18 de fevereiro, autorizando a Secretaria a instituir o Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária.

Entendia-se por autorizar a instituição do Programa à destinação, aos municípios, de recursos orçamentários da Secretaria de Estado de Saúde, já que o Programa já era desenvolvido pela mesma desde 1997. Os recursos de que tratava o Decreto estavam alinhados com o princípio da equidade, pois os valores eram maiores para as regiões mais carentes: as Regiões do Baixo Araguaia e do Noroeste mato-grossense. O decreto já trazia as metas físicas e financeiras para os anos de 1999 a 2002, contemplados tanto no Plano Estadual de Saúde como no Plano Plurianual (PPA) (MATO GROSSO, 2000).

Esse primeiro recurso destinado aos municípios para a Estratégia Saúde da Família tratava-se de um prêmio dado ao médico e ao enfermeiro que não fossem servidores do Estado que houvessem cumprido as metas com base nos indicadores de avaliação de resultados e de impactos pela equipe (MATO GROSSO, 2000).

Os valores estavam divididos em dois grupos: para os municípios das Regiões do Baixo Araguaia e Noroeste Mato-grossense, R\$ 24.000,00 (vinte e quatro mil reais) anuais e, para os demais municípios, R\$ 14.400 (catorze mil e quatrocentos reais) anuais. Não havia no decreto qualquer informação da metodologia utilizada para determinar esse valor (MATO GROSSO, 2000).

As ações tomadas pelo Ministério da Saúde e pelo estado de Mato Grosso surtiram efeito para a expansão da Estratégia Saúde da Família no Estado. Em 1999, eram 36 equipes em 22 municípios, já o ano de 2000 encerrou com 146 equipes em 76 municípios, passando da cobertura populacional 5,79% para 20,67 (MATO GROSSO, 2001).

Os valores empenhados para o ultimo ano do PPA 1996-1999, demonstra que assim como nos demais anos há uma concentração dos recursos nas despesas administrativas, sendo que somente os Programas Administração Geral e Previdência respondem por 60,32% de tudo o que foi empenhado naquele exercício (Tabela 3).

As ações que podem ser definidas como finalísticas estão planejadas na unidade orçamentária Fundo Estadual de Saúde e representam 39,68% do valor total empenhado pela SES.

É possível analisar que a secretaria inicia o processo de descentralização, pois mesmo concentração suas atividades e recursos em sua própria instituição, algumas ações já são percebidas no planejamento que denotam esse iniciar, como os Programas/Ações Descentralização dos serviços hospitalares; Cooperação técnica para enfretamento; Conclusão e Construção de Estabelecimentos de Saúde e; Desenvolvimento das Ações de Vigilância.

Esses quatro Programas/Ações representaram 8,83% do total empenhado pela secretaria, ainda há um caminho longo na questão do financiamento tripartite do SUS.

Este reduzido financiamento do SUS também ocorre com a Secretaria, em 1999 o estado de Mato Grosso empenhou aproximadamente R\$ 7.047,00 (sete bilhões e quarenta sete milhões de reais), valor deflacionado pelo IGP-DI, a preços de 2012, o SUS representou 3,03% deste montante, ou seja, mesmo após a Constituição Federal de 1988, há uma distancia entre o direito a saúde e o dever do Estado.

Tabela 3. Orçamento Executado LOA 1999 pelas três unidades orçamentárias da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012.

21101 - Secretaria de Estado de Saúde	Valor Empenhado	% sobre o total
Administração Geral	93.488.240,33	43,79%
Previdência Social a Inativos e Pensionista	16.992.505,35	7,96%
TOTAL UNIDADE	110.480.745,68	51,75%
21201 - Fundação Centro de Reabilitação	Valor Empenhado	% sobre o total
Coordenação e Manutenção Geral	17.960.703,45	8,41%
Previdência Social e Inativos e Pensionista	316.624,52	0,15%
TOTAL UNIDADE	18.277.327,97	8,56%
21601 - Fundo Estadual de Saúde	Valor Empenhado	% sobre o total
Coordenação e Manutenção de Órgãos	46.224,27	0,02%
Capacitação de Recursos Humanos	340.114,56	0,16%
Desenvolvimento de Planejamento Setorial	100.167,40	0,05%
Equipamento de Unidade de Saúde	14.942.205,40	7,00%
Coordenação das Ações de Saúde	20.634.866,14	9,67%
Conclusão e Construção de Estabelecimentos de Saúde	4.088.546,54	1,92%
Organização e Modernização de Gestão	7.623.687,15	3,57%
Melhoria Quantitativa e Qualitativa	1.288.381,75	0,60%
Manutenção dos Serviços de Apoio	18.347.836,19	8,60%
Descentralização dos serviços hospitalares	6.073.144,19	2,84%
Estruturação Sistema do Projeto Vigilância	2.542.257,64	1,19%
Cooperação técnica para enfrentamento	4.232.109,58	1,98%
Desenvolvimento das Ações de Vigilância	4.452.834,66	2,09%
TOTAL UNIDADE	84.712.375,47	39,68%
TOTAL GERAL	213.470.449,12	100,00%

Fonte: Elaboração da autora a partir do Balanço Geral do Estado de 1999.

A partir de 2000, o documento que orientava as ações da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso era o Plano Estadual de Saúde 2000-2003, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde por meio da Resolução n. 13, de 3 de maio de 2000, e pela Resolução CIB n. 3, de 24 de abril do mesmo ano.

O Plano foi dividido em três partes, tratando a Parte I da Visão Estratégica, compreendendo missão, valores, objetivos, Diretrizes para a Política Estadual de Saúde e as estratégias. A Parte II tratou de um documento elaborado em Brasília, no qual o Ministério da Saúde, em conjunto com todos os Estados e o Distrito Federal, assumiram 22 compromissos de forma solidária para o novo mandato de governo que iniciava (1999 a 2002). A Parte III tratou operacionalmente das metas,

programas e ações que conduziriam o planejamento e a execução das políticas de saúde para esse período (MATO GROSSO, 2000).

A Missão que a Secretaria cumpriria nesse período era:

Garantir o direito à saúde enquanto direito fundamental do ser humano, e prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito do Estado de Mato Grosso. (MATO GROSSO, 2000, p. 11)

Os valores que pautaram as ações desenvolvidas pela Secretaria estavam fundamentados nos próprios princípios do SUS, sendo: universalidade, equidade, integralidade, participação da comunidade e controle social, descentralização, prioridades com base na necessidade e resolução e qualidade (MATO GROSSO, 2000).

Dentre os objetivos não havia qualquer menção direta sobre a atenção primária ou sobre a Estratégia Saúde da Família. Entretanto, pode-se entender que o sétimo objetivo tivesse tal propósito, mesmo que indireto, de dar continuidade ao processo de implantação da Estratégia no Estado, ao “fomentar a construção de novos modelos de atenção à saúde, priorizando ações de promoção e prevenção, com reorientação das ações de assistência ambulatorial e hospitalar”. (MATO GROSSO, 2000, p. 13).

O mesmo aconteceu nas diretrizes, entendidas como contempladas na “regionalização, descentralização e novos modelos assistenciais”. (MATO GROSSO, 2000, p. 14).

No documento denominado “Declaração conjunta a favor da vida”, que se referiu à segunda parte do Plano, a atenção primária e a Estratégia Saúde da Família deixaram de ser “subentendidas” para serem postas como um compromisso do Estado brasileiro na busca pela melhoria e aperfeiçoamento do SUS.

Isso ficou evidenciado, pois, no corpo do texto, somente dois compromissos possuíam metas estabelecidas além dos compromissos da vigilância em saúde, havendo o estabelecimento da seguinte meta, que, até o ano de 2002, metade da população brasileira estaria vinculada ao SUS por meio de equipe de saúde da família (MATO GROSSO, 2000).

Na terceira parte do Plano desmembrou-se das ações necessárias para o alcance da missão e dos objetivos, ou seja, era o momento do planejamento

denominado tático-operacional, o da mão à obra, propondo ações concretas que atingissem os resultados esperados. Nesse caso, a meta do plano, ao final de 2003, era ter 50% da população mato-grossense atendida pela Estratégia Saúde da Família, perseguindo a meta nacional (MATO GROSSO, 2000).

A Estratégia Saúde da Família foi contemplada no Programa Saúde da Família, que possuía a Ação - Viabilizar e/ou Apoiar a Implantação de Equipes, por meio do Programa de Saúde da Família, com a meta de implantar 250 equipes de saúde da família, cobrindo, assim, 50% da população, até dezembro de 2003. O modo de fazer essa ação se deu por meio do assessoramento aos municípios na elaboração de projetos de implantação, na realização dos processos seletivos, pela capacitação dos profissionais e na supervisão das equipes da Saúde da Família (MATO GROSSO, 2000).

O interessante na análise do Plano é que, pela complexidade dos objetivos, compromissos e metas, a elaboração de apenas uma ação para a Estratégia Saúde da Família, como uma proposta de mudança de modelo de atenção, demonstrou certa distância entre o discurso e a prática.

A Ação proposta atendeu apenas a implantação das equipes, todas as demais, a exemplo de qualificar a equipe, tornando-a possibilidade de mudança de modelo de atenção à saúde, estão incluídas no Programa - Cooperação Técnica com os Municípios, com apenas duas Ações (MATO GROSSO, 2000).

Além disso, o que se viu nos demais programas foram ações fragmentadas, pois trataram apenas de grupos específicos relacionados a doenças e agravos ou vulneráveis socialmente, por exemplo, para o enfretamento das doenças imunopreveníveis (Sarampo, Difteria, Coqueluche, Tétano, Tuberculose, Febre Amarela, Hepatite, Gripe, Pneumonia, Raiva e outras); Doenças Infectocontagiosas; Doenças Crônico-Degenerativas; Doenças Transmitidas por Vetores; Assistência à Saúde da Mulher e da Criança; Saúde Bucal; Vigilância Sanitária; Educação em Saúde e; Assistência à Saúde da Mulher e da Criança (MATO GROSSO, 2000).

O plano não contemplou qualquer ação sobre a reorganização do processo de trabalho em saúde que a equipe teria que realizar para alcançar, no cotidiano de sua prática, a alteração de fato do modelo de atenção à saúde, segundo análise dos autores Franco e Merhy (2003).

O Plano Estadual de Saúde se materializou no Plano Plurianual 2000-2003, por meio da Lei n. 7.225, de 22 de dezembro de 1999.

No PPA, a Estratégia Saúde da Família foi contemplada na primeira meta do plano, que era melhorar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 10% até dezembro de 2003. O Programa Saúde da Família teve como meta implantar 300 equipes de saúde da família para cobrir 50% da população, até dezembro de 2003. A ação que contemplou esse programa foi a Ação 01 - Viabilizar e/ou apoiar a implantação de equipes por meio do Programa de Saúde da Família (MATO GROSSO, 1999).

Como aconteceu no Plano Estadual de Saúde, ocorreu uma divisão das ações direcionadas à atenção primária, um Programa atendeu especificamente ao processo de implantação das equipes de saúde da família e outro a qualificação das equipes por meio da cooperação técnica para o enfrentamento de algumas doenças e agravos (MATO GROSSO, 1999).

No PPA, foram priorizadas as doenças imunopreveníveis, infectocontagiosas, redução das doenças crônico-degenerativas, a assistência a portadores de doenças transmitidas por vetores, à saúde da mulher e da criança, à saúde do idoso, vigilância sanitária e promoção e educação à saúde (MATO GROSSO, 1999).

Os demais Programas atenderam ao desenvolvimento dos recursos humanos, à assistência ambulatorial e hospitalar, sistema de referência e contrarreferência, readequação da rede física e tecnológica e ao desenvolvimento e capacitação gerencial (MATO GROSSO, 1999).

Não houve discrepância entre as prioridades estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e no PPA.

Ainda no ano de 2000, a Secretaria de Estado de Saúde, em conjunto com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS-MT), aprovou na CIB a resolução que estabeleceu 15 indicadores a serem utilizados para acompanhar o andamento das ações e serviços na atenção primária nos municípios mato-grossenses. O objetivo da gestão estadual foi o de averiguar se a atenção primária produzira impacto na qualidade de vida da população. O último indicador proposto foi relativo ao percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família e teve como utilidade:

Avaliar se a estratégia de saúde da família constitui-se no eixo de reorientação da atenção básica. Acompanhar e avaliar o processo de extensão da cobertura das ações de saúde da família. Identificar

variações geográficas no percentual de cobertura das ações de saúde da família. (MATO GROSSO, 2002, p. 253).

Uma ação importante para o processo de descentralização da saúde ocorreu em 2001, com a publicação do Decreto n. 2.312, de 12 de fevereiro de 2001, que instituiu, no âmbito do estado de Mato Grosso, o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros Fundo a Fundo, ou seja, como já ocorria com o Ministério da Saúde, a Secretaria estadual de Saúde, a partir de então, passou a financiar diretamente algumas áreas da saúde municipais.

Entre outros resultados esperados, a desvinculação da modalidade de convênio, abriu possibilidade de mais flexibilidade à gestão municipal, como também à redução da prática do clientelismo na celebração dos convênios.

Entretanto, essa flexibilidade não esteve desvinculada de compromissos a serem assumidos pelo gestor, visto que os gastos a serem atendidos por esses recursos deveriam estar relacionados à Estratégia Saúde da Família e ao Programa Agente Comunitário de Saúde no que cabe a atenção primária. Para atenção secundária e terciária, deveriam ser priorizados os consórcios intermunicipais de saúde, a consolidação dos serviços de diagnóstico e terapêutico, os serviços ambulatoriais e hospitalares nas referências regionais e microrregionais. Para a vigilância em saúde, seriam atendidas as ações principalmente no tocante à fiscalização sanitária, ao controle das endemias e também à vigilância epidemiológica (MATO GROSSO, 2001).

A mudança importante para atenção primária, a partir desse decreto, ocorreu pelos valores que até então eram transferidos aos municípios que aderissem à Estratégia Saúde da Família, como forma de prêmio pelo cumprimento das metas pactuadas, passando a ser transferidos de forma voluntária e regular, de acordo com os critérios, valores e parâmetros estabelecidos pela Secretaria e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde.

É a Portaria n. 26, de 6 de junho de 2001, que regulamentou como ocorreria essa transferência fundo-a-fundo, destacando os critérios, parâmetros e condições para o recebimento dos recursos pelos municípios.

Numa tentativa de também organizar a “porta de saída” para a atenção primária, a Secretaria, com base também no Decreto n. 2.312/2001, instituiu quatro Programas que objetivavam organizar, apoiar, financiar e consolidar, nas regiões de saúde, a rede de ações e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares que

fossem referência e contrarreferência para a Estratégia Saúde da Família pela via da regionalização.

O primeiro Programa foi formalizado pela Portaria n. 042/2001, Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (PACIS), por meio da destinação de recursos aos municípios consorciados. Os consórcios entre as unidades municipais para a área da saúde foi a estratégia adotada e organizada pelo Estado junto aos municípios “[...] para o provimento de serviços de especialidades médicas de referência para a atenção básica”. (MATO GROSSO, 2002, p. 103).

O segundo tratou do Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, instituído pela Portaria n. 043/2001, que em conjunto com o Ministério da Saúde buscou implantar um sistema estadual de urgência e emergência por meio de rede pública ou filantrópica, de hospitais com capacidade física, estrutural, tecnológica e de pessoal que responderiam às necessidades dos cidadãos (MATO GROSSO, 2001).

A terceira Portaria tratou do Programa de Incentivo à Microrregionalização da Saúde, a de n. 053/2001, que buscou garantir nas regiões de saúde o acesso a algumas ações e serviços de saúde, como alguns exames de laboratórios de análises, exames de raio X simples e contrastado, ultrassonografia gestacional, abdômen total e tórax, eletrocardiograma e consultas nas especialidades de ginecologia/obstetrícia, pediatria e cirurgia Geral (MATO GROSSO, 2001).

E, por fim, a quarta Portaria de n. 059/2001, que instituiu o Programa de Incentivo à Microrregionalização da Saúde II, vocacionado para a organização de três serviços especificamente: reabilitação, hemoterapia e Centros de Atenção Psicossocial (MATO GROSSO, 2001).

É preciso mencionar mais dois programas instituídos pelo Estado que, a princípio, não contribuíram para a referência e contrarreferência da assistência, mas que podem ser definidos como ações que fortaleceram o sentido da promoção e prevenção à saúde por meio da atenção primária.

Foram eles, o Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais que, nos moldes do agente comunitário de saúde, deveria “propiciar o incremento direto da oferta dos serviços básicos de saúde às famílias pertencentes aos assentamentos rurais promovidos pelo INCRA e INTERMAT”. (MATO GROSSO, 2005, p. 100). E o outro, o Programa que tratou da inserção da equipe de saúde

bucal na equipe da saúde da família, pela Resolução CIB n. 013, de 29 de junho de 2001, seguindo as diretrizes postas pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, instituindo incentivo financeiro aos municípios que aderissem ao Programa (MATO GROSSO, 2001). Prática recorrente pelo Ministério da Saúde, vincular a adesão aos programas ao recebimento de recursos financeiros.

Apesar dessa discussão ser apresentada na próxima seção, todas as iniciativas de transferência de recursos financeiros para a organização de rede de ações e serviços de saúde nas diversas regiões de saúde do Estado ocorreu principalmente pelo incremento de recursos para a saúde em virtude da aprovação da Emenda Constitucional n. 29, de 2000.

Novas normativas por parte do Ministério da Saúde foram expedidas nos anos de 2001 e 2002, alterando a relação e as responsabilidades por parte dos municípios para a atenção primária: trata-se da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS), de 2001 e 2002.

A NOAS 2001 transformou a modalidade Gestão Plena da Atenção Básica em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), como já analisado anteriormente. Já a NOAS 2002 reafirmou essa nova classificação, incluindo novos procedimentos e critérios para a habilitação dos municípios em GPABA.

Nas pesquisas realizadas, não há qualquer menção sobre um fluxo próprio do Estado para esse processo de habilitação dos municípios, mas apenas a nomeação de técnicos para compor o grupo de condução para a habilitação dos municípios para as NOAS de 2001 e também a de 2002, por meio das Portarias n. 131/2001 e 151/2002.

As habilitações dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada ocorreram até nova mudança da legislação ocorrida em 2006 e que será apresentada no próximo item.

Em 2002, temos normativas que autorizam a execução das transferências aos municípios com algumas alterações, mas sem alterar a essência da Estratégia.

Para o Estado, a aprovação, enquanto Gestor Pleno do Sistema Estadual conforme NOAS/SUS/01/02, ocorreu por meio das Resoluções CIB n. 026, de 28 de junho de 2002, e a de n. 33, de 24 de julho do mesmo ano. Consultando ambas as resoluções, parece ter ocorrido duplicidade de registro, pois o conteúdo era idêntico.

O Decreto n. 765, de 17 de junho de 2003, atualizou o Decreto n. 2.312/2001, autorizando, assim, a continuidade das transferências voluntárias por meio do fundo-a-fundo, não ocorrendo alterações significativas no corpo do texto.

Encerrando esse caminhar pela legislação que construiu inicialmente a implantação da Estratégia no Estado, no período de 1997 a 2003, temos, em 2003, a publicação da Portaria n. 106, que alterou significativa para o financiamento da Estratégia Saúde da Família, os valores dos incentivos foram reajustados em 100%, passando, de R\$ 24.000,00 (vinte quatro mil reais), para R\$ 48.000,00 (quarenta oito mil reais) para os municípios que pertenciam às regiões do Baixo Araguaia e do Norte Mato-grossense e, para os demais, o repasse foi, de R\$ 14.400 (catorze mil quatrocentos reais), para R\$ 28.800 (vinte e oito mil e oitocentos reais) anuais e por equipe. Outra alteração se fez presente no acréscimo de 100% sobre esse valor, de acordo com o percentual de cobertura que o município alcance. Houve diminuição nas coberturas exigidas inicialmente, atendendo principalmente aos municípios com mais habitantes (MATO GROSSO, 2003).

Uns dos principais entraves para ampliação da cobertura pela Equipe Saúde da Família dizem respeito aos municípios com população maior e estrutura de assistência à saúde já organizada e que não condiz com os princípios da Estratégia. Essa ampliação dos recursos foi uma tentativa de sensibilizar o gestor municipal para adesão à Estratégia Saúde da Família.

Outras alterações desta Portaria em relação à anterior incluíram a retirada da adesão ao SIOPS, enquanto item do Termo de Adesão e Compromisso ao Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária, e a inclusão do controle social por meio do Conselho Municipal de Saúde, como validador ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família nos municípios. Essa participação do conselho também contou como requisito para a suspensão do recebimento dos incentivos, caso não fosse feita a prestação de contas das equipes trimestralmente no pleno, com assinatura dos membros.

A figura que se segue demonstra todo esse caminhar na construção do marco regulatório que sustentou a política pública de saúde no Brasil e principalmente em Mato Grosso, no tocante à atenção primária e à Estratégia Saúde da Família, destacando, principalmente, o fortalecimento do processo contínuo de pactuações entre os três entes federados que geram o Sistema Único de Saúde.



Figura 2A. Linha do tempo das principais normativas para Atenção Primária pelo Ministério da Saúde e Estado de Mato Grosso – 1997 a 2003

Fonte: Elaboração da autora a partir das normas publicadas.



Figura 2B. Linha do tempo das principais normativas para Atenção Primária pelo Ministério da Saúde e Estado de Mato Grosso – 1997 a 2003

Fonte: Elaboração da autora a partir das normas publicadas.

Entre 1997 e 2003, o Estado encerrou com 48.43% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família, ou seja, a meta proposta nos Planos Estadual de Saúde - PES e no Plurianual - PPA não foi alcançada, que era ter 50% da população atendida por uma equipe, apesar de o resultado alcançado ser muito próximo da meta proposta.

Durante sua execução, o PPA sofreu algumas alterações na sua programação, pois, a Estratégia que estava planejada no Programa de Saúde da Família passou a se constituir, a partir de 2002 até 2003, em Ação dentro do Programa - Atenção a Saúde do Indivíduo e da Coletividade. Essa alteração pode ter ocorrido em virtude de mudança de metodologias ou de prioridades. Não foi encontrado qualquer documento que esclarecesse melhor essa alteração.

Pelo comportamento da expansão da cobertura populacional pela Estratégia no Estado, de 2000 a 2003 é possível identificar o aumento da cobertura no exercício de 2000 para 2001, variando, a média de um ano para outro nas trezes regiões de saúde, de 24,97%, possivelmente em virtude do incentivo disponibilizado, por equipe, aos municípios que aderissem à Estratégia a partir desse ano (Gráfico 7).

Nos exercícios de 2002 e 2003, essa ampliação não manteve o mesmo ritmo, tendo a média de variação nas 13 regiões reduzida para 3,97%.

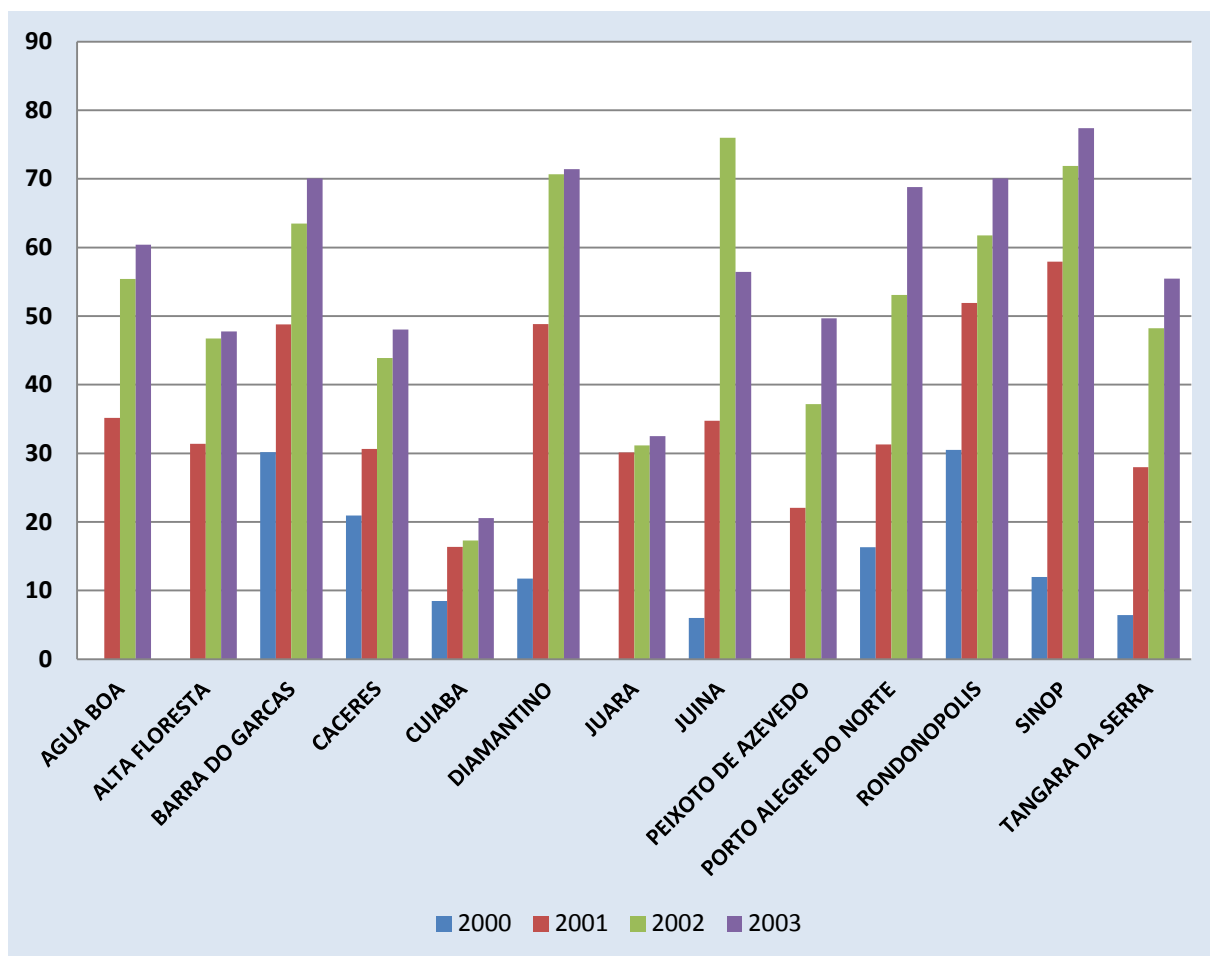


Gráfico 7. Evolução da População Coberta pela Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso no período de 2000–2003.

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do Comprehensive Assesment for Tracking Community Health-CATCH (www.saude.mt.gov.br)

O período analisado apresentou a evolução da cobertura pela Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso em 1997, quando foram implantadas as primeiras equipes, uma vez que era de 1,33%, por meio do trabalho de oito equipes e encerrou, em 2003, com 48,43% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família por meio de 480 equipes.

Assim, todas as iniciativas propostas pelo Ministério da Saúde, quanto pelo estado de Mato Grosso obtiveram resultados positivos, pois ocorreu, de fato, evolução na implantação da Estratégia estadual. O próximo item analisa essa continuidade no processo de implantação e consolidação, principalmente se considerarmos o objetivo da Estratégia, que é a mudança do modelo de atenção à saúde vigente até então no Brasil e em Mato Grosso.

2.3 NA BUSCA PELA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO GROSSO DE 2004 A 2011

Em 2004, dois instrumentos direcionaram as ações da SES e, conseqüentemente, a atenção primária e a Estratégia Saúde da Família até 2007. Trata-se do Plano Estadual de Saúde - PES e do Plano Plurianual - PPA, além das normativas publicadas no período e que também serão utilizadas na análise.

Vale destacar que a eleição de um novo governador com perfil totalmente diferente do anterior, trouxe mudanças profundas na condução das políticas públicas no Estado.

O governo Blairo Maggi elaborou o seu PPA considerando mais do que proclamado na campanha, especialmente considerando sua origem empresarial.

A elaboração do PPA utilizou como uma das suas diretrizes a participação da sociedade por meio da realização de 16 Fóruns Regionais de Desenvolvimento, além da participação dos diversos técnicos da administração pública estadual.

Além de todas as demandas acolhidas durante a realização dos Fóruns, somadas às orientações setoriais, o PPA incorporou também as propostas apresentadas aos mato-grossenses durante a campanha eleitoral, por meio do projeto de governo intitulado “Agenda Mato Grosso Mais Forte”.

Assim, a Situação Socioeconômica e Ambiental apresentada pelo Plano é de um Estado que:

[...] a exemplo do que ocorreu no Brasil, não conseguiu garantir equidade social. A concentração de renda e de terras impediu o acesso de uma parcela significativa da população mato-grossense aos frutos da riqueza produzida no Estado nos últimos anos. Como consequência desse processo a concentração de riquezas não se deu apenas entre as pessoas, mas também entre as regiões, fazendo com que Mato Grosso conviva com uma inaceitável dualidade entre regiões de pujante economia e outras deprimidas, historicamente relegadas ao descaso do Poder Público. (MATO GROSSO, 2003, p. 14).

Para a saúde, o diagnóstico referenciou apenas duas variáveis que interferiam na condição de saúde da população: a questão da renda e a situação sanitária dos logradouros, onde “97% dos domicílios não têm esgotamento por rede geral, sendo mais crítica a situação do Norte e Nordeste mato-grossense, com 99%

e 98% domicílios, respectivamente, sem esgoto por rede geral”. (MATO GROSSO, 2003, p. 20).

Diante dos problemas diagnosticados e tomando como referência que o governo anterior focalizou suas ações, de maneira “excessiva”, no controle das contas públicas, deixando de lado a melhoria nas condições sociais da população e na redução das desigualdades regionais, o PPA teve como grande estratégia o desenvolvimento de políticas públicas que compensassem esses anos, assim denominado de “Ajuste Social” (MATO GROSSO, 2003).

Para que isso fosse possível, o governador Blairo Maggi tomou duas decisões para a gestão do Plano, a primeira refere-se à definição clara da Missão, Visão de Futuro e Valores do Governo, e a segunda a definição dos Objetivos e Estratégias que orientariam o PPA.

A missão, a visão de futuro e os valores estamparam um Estado que, ao final de quatro anos, seria mais justo socialmente, equilibrado economicamente, menos desigual regionalmente graças à nova forma de gestão do público (MATO GROSSO, 2003).

Como a saúde, a atenção primária e a Estratégia Saúde da Família contribuirão para o alcance do cenário?

A princípio, os programas sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde estão contemplados no Objetivo Estratégico - Melhorar a qualidade de vida para promover a cidadania - e totalizam oito programas finalísticos e três considerados áreas meio ou padronizados, sendo: Fortalecimento da Atenção Básica, Implementação e Efetivação da Microrregionalização da Saúde, Fortalecimento do Complexo Regulador do SUS, Reestruturação da Assistência Farmacêutica, Gestão Democrática do SUS, Fortalecimento da Gestão da SES, Gestão de Pessoas e Educação Permanente em Saúde e Desenvolvimento da Política de Investimento em Saúde. Da área meio ou padronizados estão incluídos o Apoio Administrativo, Gestão da Tecnologia de Informação e Operações Especiais (MATO GROSSO, 2003).

O Programa Fortalecimento da Atenção, assim como no PPA anterior, têm como objetivo “Consolidar o modelo de atenção básica centrado na saúde da família e efetivar a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade, de modo a garantir a atenção integral ao indivíduo”. (MATO GROSSO, 2003, p. 67),

reafirmando a Estratégia Saúde da Família como o meio ou o caminho para mudança no modelo de atenção à saúde.

A meta proposta para o período é passar, de 54,50% da taxa de cobertura da população pelas equipes de saúde da família, para 70% ao final dos quatro anos.

Ratifica, também nesse objetivo, a preocupação que mais que “porta de entrada” para o SUS seja também construídas “portas de saída”, como já apontava Soares (2005) como um ponto de preocupação para estratégia que se colocava como potencial de mudança de modelo, garantindo um atendimento integral ao indivíduo.

O programa está contemplado em quatro ações que envolveram, além da Ação Expansão e Consolidação das Equipes de Saúde da Família, que objetivaram especificamente efetivar a atenção básica como porta de entrada do cidadão no SUS, e como meta expandir em 155 equipes de Saúde da Família até 2007, mais três ações que trabalharam em conjunto com a mesma para o fortalecimento da atenção primária como ação efetiva na promoção da saúde, ao possibilitar o acesso às ações e serviços de saúde no nível primário da atenção (MATO GROSSO, 2003).

A atenção básica nos assentamentos rurais é implementada por meio do Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PASCAR), visando a inclusão de profissionais relacionados à saúde bucal integrados às equipes de saúde da família, e a última ação tem como meta a qualificação da atenção primária no atendimento às populações em situações de vulnerabilidade (MATO GROSSO, 2003).

Nesse mesmo período foi elaborado e aprovado o Plano Estadual de Saúde - PES 2004-2007, o qual segue a mesma proposta do Plano Plurianual - PPA, por decisão de metodologia.

Considerando que, por não se tratar de uma peça orçamentária, todas as prioridades definidas no PES precisam ser inclusas nos instrumentos legais de planejamento, como o PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Caso essa inclusão não ocorra, corre-se o risco de o Plano Estadual de Saúde se tornar apenas “instrumento de gaveta”, sem a devida efetivação.

O marco regulatório para a atenção primária seguiu com a publicação de mais normativas, visto que em 2004 foi publicada a Portaria n. 2.023, de 23 de setembro, que cessou com o processo de habilitação e extinguiu com condição de Gestão

Plena de Atenção Básica e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada conferidas aos municípios que cumpriram os requisitos da NOB SUS 01/96 e da NOAS SUS 2002 para habilitação nessas formas de gestão. A partir da citada portaria, todos os municípios e o Distrito Federal passaram a ser responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e execução das ações de atenção básicas (BRASIL, 2004).

Portanto, após 16 anos de instituição do SUS e início da descentralização das políticas de saúde aos municípios não cabe mais opção por assumir ou não a atenção primária.

Em 2005, Mato Grosso, por meio da Portaria n. 5, de 12 de janeiro, como já ocorriam com a Estratégia Saúde da Família e com o Programa Agente Comunitário de Saúde nos Assentamentos Rurais, estabeleceu incentivo financeiro aos municípios que aderissem à inserção das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.

Tal iniciativa teve como objetivo ampliar o acesso da população mato-grossense às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

Os valores estavam definidos conforme a inserção, na Modalidade I, dos profissionais, que compreendiam um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário, que percebiam mensalmente R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais) por equipe. Para a modalidade II, era preciso que o município inserisse um cirurgião dentista, um técnico em Higiene Bucal e um atendente de consultório dentário, com valor mensal, por equipe, de R\$ 1.900,00 (um mil e novecentos reais). A partir de constatado que o município possuía cobertura igual ou superior a 70%, o mesmo passou a receber um adicional de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por equipe em atividade (MATO GROSSO, 2005).

Dando continuidade ao processo iniciado em 1999 pelo Ministério da Saúde, e, em 2000, pelo estado de Mato Grosso sobre o monitoramento e avaliação da atenção primária, a Secretaria de Estado de Saúde, pela Portaria n. 78, de 11 de maio, foi criado o Núcleo Coordenador das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, com o objetivo de promover a institucionalização do monitoramento e a avaliação da atenção básica como ferramenta para o gestor, população e sociedade no planejamento das ações e serviços de saúde no Estado.

Seguindo na análise das publicações das normas, o ano de 2006 foi marcado pelo início de profundas mudanças na gestão do SUS e, conseqüentemente, na

atenção primária e sua relação com a União, Estados, municípios e sociedade. Tratava-se da pactuação entre os três entes federados, denominado Pacto pela Saúde, sendo assim:

[...] gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. (BRASIL, 2006, p. 2).

A atenção primária no Pacto constituiu uma das prioridades na dimensão Pacto pela Vida, sendo assim descrito “consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS”. (BRASIL, 2006, p. 2). Como ocorreu na NOB 96, nas NOAS de 2001 e 2002 a Estratégia foi posta como o modelo de atenção à saúde ou o meio pelo o qual ocorreria a mudança.

Pelo Pacto, não há mais habilitação dos Estados e municípios, o Termo de Compromisso de Gestão - TCG substitui esse processo. No Termo, cada ente federado assumiu o cumprimento de determinada meta e objetivo, como também da realização de suas atribuições e responsabilidades sanitárias. Esse termo poderia ser atualizado anualmente.

O Termo estava dividido em seis cláusulas, sendo a primeira – do objeto, a segunda – das atribuições e responsabilidades sanitárias dos municípios, a terceira – dos objetivos e metas prioritárias dos Pactos pela Vida e de Gestão, a quarta – dos indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a quinta – da revisão e a sexta – da publicação (BRASIL, 2006).

A atenção primária apareceu em diversos momentos do Termo. Na segunda cláusula, que trata das atribuições e responsabilidades sanitárias, o município deveria assumir: a gestão e executar as ações de atenção básica; as unidades próprias e as transferidas pelo Estado ou União; organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade; organizar o acesso à atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica; garantir a estrutura física necessária para a realização dessa assistência; alimentar os sistemas de informação, e

implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favorecessem a fixação de profissionais no interior do Estado (BRASIL, 2006).

Na Cláusula terceira – dos objetivos e metas prioritárias do Pacto pela Vida e de Gestão - a atenção primária inseriu enquanto prioridade específica o Fortalecimento da Atenção Básica, composta de nove objetivos. É possível relacionar que se o município cumprisse com esses objetivos, naturalmente ele cumpriria os itens da cláusula anterior, o das atribuições e responsabilidades sanitárias ou vice-versa (BRASIL, 2006).

Destaque deve ser feito nessa cláusula sobre o financiamento da atenção primária e a validação do que já estava definido desde a Constituição Federal de 1988 sobre o financiamento tripartite, ou seja, a alocação de recursos por todos os entes federados no conjunto das políticas que constituem o SUS (BRASIL, 2006).

Na quarta cláusula estabelece quais indicadores seriam utilizados para o monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão. A Estratégia não possuía nenhum indicador, em 2006.

Como a pactuação ocorreu anualmente e pode haver inclusão ou exclusão de indicadores, em 2007 foi publicada a Portaria n. 91/GM, de 10 de janeiro, que unificou o processo de pactuação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, dos indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde - PPIVS e os dos propostos no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

Assim, haveria um único momento de pactuação em idêntico instrumento. Nessa alteração ocorreu a inclusão do Indicador Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família - PSF, que contribuiu no monitoramento e avaliação do cumprimento das cláusulas do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (BRASIL, 2007).

Em Mato Grosso, pela publicação da Portaria n. 26/GAB/SES, de 06 de março de 2006, ocorreu a composição e nomeação de um Grupo Técnico de Condução e Implementação do Pacto Pela Saúde 2006. O grupo possuía representantes de várias unidades da secretaria e foi conduzido pela Comissão Intergestora Bipartite.

No Estado, foram realizados um Seminário Estadual em Cuiabá, no período de 10 a 12 de maio 2006, e cinco fóruns regionais nas seguintes regiões: Norte: área de abrangência - Sinop, Colíder, Alta Floresta e Peixoto de Azevedo; Região Leste Mato-grossense: área de abrangência: Água Boa, Barra do Garças, Porto Alegre do

Norte e São Felix Araguaia; Região Centro Norte: área de abrangência: Tangará da Serra, Juara, Juína e Diamantino; Região Oeste Mato-grossense: área de abrangência: Cáceres e Pontes e Lacerda; e Região Sul Mato-grossense: Rondonópolis (MATO GROSSO, 2010).

Por meio da Resolução n. 13, de 15 de março de 2007, o Estado de Mato Grosso definiu o fluxo para a elaboração, apresentação, ajustes, discussão, aprovação e publicação dos Termos Municipais.

O primeiro município a assinar o Termo de Compromisso de Gestão Municipal no Estado foi Cotriguaçu, localizado na Regional de Juína.

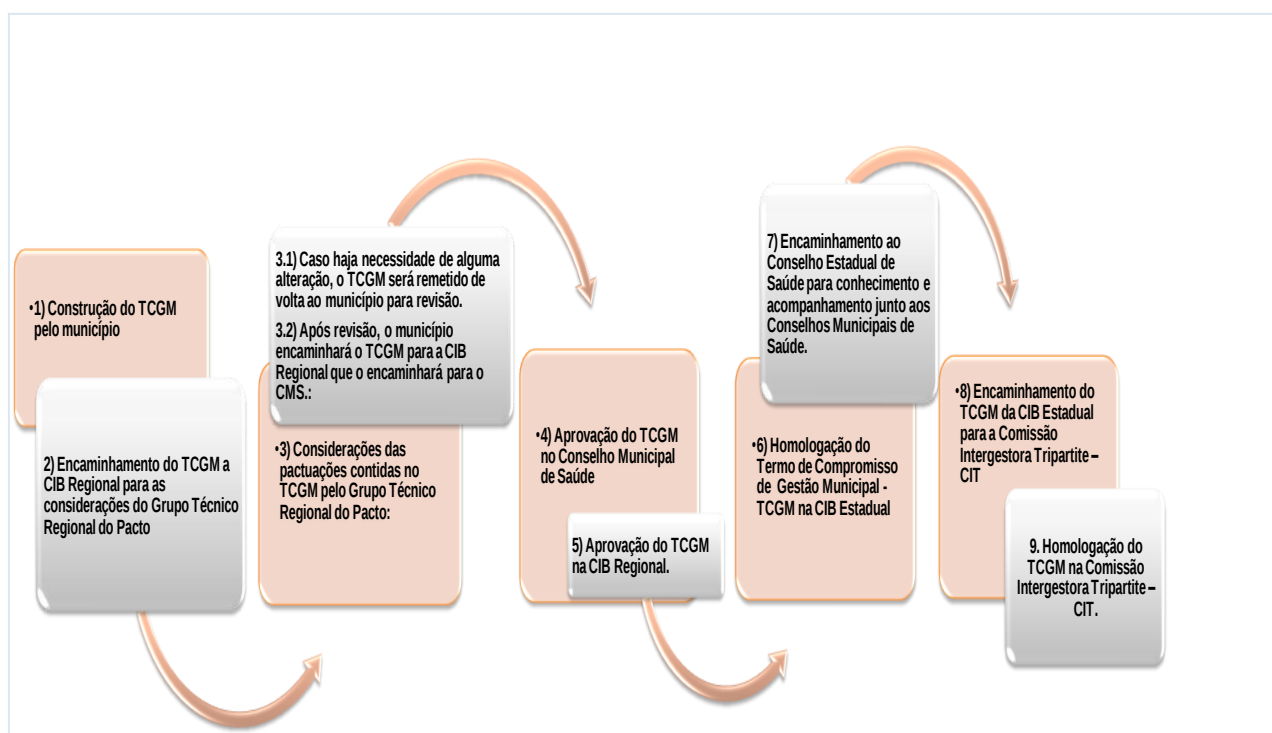


Figura 3. Fluxo dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal do Estado de Mato Grosso

Fonte: Elaboração da autora a partir da Resolução CIB n.013/2007

Para Atenção Primária e para Estratégia Saúde da Família, particularmente, não houve alteração em relação às responsabilidades dos municípios, pois desde a Portaria n. 2.023/04, ficou estabelecido como dever do município gerir esse nível de atenção.

Até o final de 2007, ano que encerrou a vigência do PPA e do PES, as normativas publicadas referem-se basicamente às autorizações para as transferência dos recursos aos municípios para as ações da Saúde da Família,

Agente Comunitário de Saúde nos Assentamentos Rurais e Saúde Bucal, assim como as pactuações dos indicadores, agora, do Pacto pela Saúde.

Apenas uma nova normativa, que instituiu um novo incentivo aos municípios, a Compensação de Especificidades Regionais (CER), com objetivos de diminuir as desigualdades econômico-sociais entre os eles e fortalecer o princípio da equidade, considerando as dimensões geográficas do país, e as especificidades de cada município.

O interessante das normativas do SUS é a abrangência dos objetivos, não cabendo nesse momento análise mais profunda, mas guardando para reflexão futura a seguinte indagação: como é possível alterar desigualdade econômica e social transferindo recursos para uma única política social?

É necessário um conjunto de políticas articuladas, que vão desde as fiscais, monetárias e sociais, para que ocorram mudanças, principalmente em algo tão complexo como a desigualdade socioeconômica.

Ao focalizar em uma política, perde-se a oportunidade de trabalhar com os conceitos de intersectorialidade, seus determinantes e condicionantes. Para alterar a situação, é preciso um conjunto de políticas públicas articuladas, harmônicas e suficientemente financiadas para que, de fato, essa mudança ocorra.

Em setembro de 2007, o estado de Mato Grosso teve seu Termo de Compromisso de Gestão Estadual aprovado pela Comissão Intergestora Bipartite, formalizado pela Resolução CIB n. 68, de 21 de setembro.

Finaliza esse PPA e o PES sem cumprir com a meta proposta inicialmente, como ocorreu com o PPA anterior. A meta, que era 70% da população coberta pela equipe saúde da família, alcançou somente 66.05%, de acordo com Relatório de Ação Governamental de 2007.

Faz-se necessário observar o que ocorreu com outros indicadores, pois há certa divergência nos números, de acordo com cada Sistema de Informação, por exemplo, para a Sala de Apoio à Gestão Estratégica, estampado no site do Ministério da Saúde, a cobertura, em 2007, foi de 56,52%, e para o sistema Comprehensive Assesment for Tracking Community Health - CATCH (Sistema para o acompanhamento de Saúde da Comunidade), no site da Secretaria de Estado de Saúde, a cobertura populacional no Estado registrou 61,54%.

A argumentação da área técnica na análise sobre o indicador acusou que esse resultado está relacionado a:

[...] problemas apresentados na alimentação dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, pelos municípios. Outra situação que contribuiu para a queda desse indicador, foi a mudança ocorrida nos Sistemas de Informação de Saúde (SIAB e SCNES), onde, a partir de agosto/2007, todos os profissionais das ESF e PACS, passaram a ser cadastrados no SCNES e não mais no SIAB, como se fazia até então. Importante ressaltar ainda, que para o cálculo de cobertura de PSF, consideramos o critério utilizado para pagamento de incentivos (4.000 pessoas/equipe), de acordo com a portaria 106/GAB/SES de 18/06/2003. (MATO GROSSO, 2007, p. 72-73).

A meta proposta para Ação Expansão e Consolidação de Equipes de Saúde da Família era de 506 equipes de saúde da família expandidas, sendo que a meta alcançada foi de 486 equipes. Segundo a área técnica, havia um número maior de equipes, porém, em virtude do não cumprimento dos critérios, tiveram os incentivos suspensos, até a sua devida regularização (MATO GROSSO, 2007). Entretanto, mesmo considerando semelhante situação, o Estado não alcançou a meta prevista.

Se analisarmos a variação da cobertura pela equipe saúde da família nas dezesseis regiões de saúde do Estado, no ano de 2003 e em 2007, podemos observar que a variação média da cobertura nesses quatro anos foi de 26%, e se desconsiderarmos as regiões que não estavam organizadas em 2003, a variação média caiu para 16,22% (Tabela 4).

Os dados também confirmaram o desafio de implantar a Estratégia em municípios de médio e grande porte, uma vez que ocorreu baixa ampliação da cobertura nas três maiores regiões do Estado, que somam, aproximadamente, um milhão, seiscentos e cinquenta habitantes e apresenta variação média de 10% da cobertura nos quatro anos. Com algumas exceções, como as Regiões de Peixoto de Azevedo, Alta Floresta e Juína, que apresentaram variação acima de 20%, nas demais girou em torno dos 10%, como ocorreu com as maiores.

Assim, a prerrogativa que somente as maiores cidades possuíam dificuldade em ampliar a Estratégia em seus municípios, em Mato Grosso vale também para os municípios de pequeno porte.

Tabela 4. Comparativo da Proporção da população cadastrada pela Estratégia da Saúde da Família por Região de Saúde no Estado de Mato Grosso nos anos de 2003 e 2007

Regional	2.003	2.007	Variação
AGUA BOA	60,39	76,06	15,67
ALTA FLORESTA	47,76	79,66	31,90
BARRA DO GARCAS	70,07	55,40	-14,67
CACERES	48,03	63,05	15,02
COLIDER		51,16	51,16
BAIXADA CUIABANA	20,56	33,94	13,38
DIAMANTINO	71,40	79,82	8,42
JUARA	32,49	50,70	18,21
JUINA	56,46	78,44	21,98
PEIXOTO DE AZEVEDO	49,65	90,60	40,95
PONTES E LACERDA		67,05	67,05
PORTO ALEGRE DO NORTE	68,80	82,38	13,58
RONDONOPOLIS	70,05	81,43	11,38
SÃO FELIX DO ARAGUAIA		100,63	100,63
SINOP	77,37	82,10	4,73
TANGARA DA SERRA	55,44	69,58	14,14

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do CATCH.

Portanto, o PES e o PPA encerraram sua vigência não alcançando a meta proposta, de ampliar para 70% da população mato-grossense coberta por uma equipe. Além de apresentar baixa adesão por parte de municípios de médio e grande porte, a variação nas menores regiões também não apresentou dados significativos, apenas confirmando a ampliação ocorrida no período anterior.

O próximo PPA e o Plano Estadual de Saúde - PES, que vai de 2008 a 2011, e as normativas publicadas podem responder como se encontrava a Estratégia no Estado para um período de 15 anos de política (1997 a 2011).

O PES e o PPA foram construídos num cenário político sem alterações, pois o governador Blairo Maggi havia sido reeleito em 2006, dando continuidade ao modo de fazer e executar políticas públicas, que seguia a lógica de gestão privada.

Porém, para o SUS é um momento de novas ordens, principalmente pela implantação do Pacto pela Saúde, datado de 2006.

Neste momento de elaboração, o grupo condutor definiu que a metodologia do PES e do PPA. Assim, a elaboração do PES foi desencadeada em março de 2007 para que fosse possível a abertura do processo de elaboração do PPA e os grandes marcos estivessem já definidos, como os objetivos, diretrizes e metas. E assim ocorreu.

Os subsídios utilizados para a construção do PES foram, principalmente, o Plano de Desenvolvimento de Mato Grosso MT+20, Agenda Mato Grosso Mais Forte, Objetivos do Milênio para Mato Grosso, Pacto pela Saúde, Documento consolidado das deliberações da 6ª Conferência Estadual de Saúde e Documento de Avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), dentre outros.

A metodologia constituiu-se em reuniões semanais envolvendo técnicos das diversas áreas da SES e representantes das suas unidades, os quais deveriam ser a ponte de acesso ao conjunto dos servidores.

Assim, com todo esse material, mais a análise de situação de saúde, em oficinas com as áreas temáticas, em conjunto com o nível estratégico, foram formulados os eixos, objetivos, ações estratégicas e metas.

Todo esse material foi validado em Seminário que ocorreu somente em 2009, com a participação das equipes da Secretaria, do Ministério da Saúde (MS) e representantes do Conselho Estadual de Saúde - CES. Em setembro do mesmo ano, o PES foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde por meio da Resolução n. 022/2009.

Vale lembrar que, conforme já havia sido definido, o PPA foi elaborado considerando os eixos, objetivos, diretrizes e algumas metas do PES, pois, pelos prazos de ambos os instrumentos serem muito próximos, não era possível conciliar a conclusão do PES em tempo hábil para a elaboração do PPA.

Portanto, o PES foi organizado a partir de quatro Eixos, assim distribuídos: I - Atenção à Saúde composto de 4 objetivos, 8 diretrizes e 22 metas; II - Vigilância em Saúde com 1 objetivo, 6 diretrizes e 19 metas; III - Gestão do SUS com 1 objetivo, 11 diretrizes e 19 metas; IV - Promoção da Saúde com 1 objetivo, 2 diretrizes e 3 metas (MATO GROSSO, 2010).

A atenção primária e a Estratégia Saúde da Família, como nos demais documentos analisados, deram destaque ao planejamento, visto que definidas ou

como objetivo, estratégias ou diretrizes. Assim, conforme os conceitos do planejamento são orientadoras e norteadoras as linhas condutoras para uma mudança de cenário, redução, superação, eliminação ou controle dos problemas identificados.

O que demonstrou, assim, a expectativa e confirmação da Estratégia enquanto possibilidade de mudança de modelo de atenção à saúde, o que, teoricamente, influenciaria na definição do financiamento para essa política, em virtude do peso da mesma no instrumento de planejamento da secretaria.

A Estratégia está no Eixo Atenção à Saúde, no Objetivo Promover a efetivação da Atenção Primária a partir da Estratégia da Saúde da Família, como modelo de Atenção à Saúde. Esse objetivo possui três diretrizes: Qualificação da Atenção Primária; Ampliação da cobertura da estratégia Saúde da Família e; Fortalecimento das ações de Atenção à Saúde.

Especificamente tratando da diretriz que trabalha a questão da ampliação da cobertura pela Estratégia Saúde da Família, além de propor a expansão da cobertura, faz-se necessário “[...] superar a etapa de expansão e investir na consolidação da qualidade das ações desenvolvidas nesse nível de atenção, buscando efetivar a saúde da família como modelo de atenção primária à saúde no Estado”. (MATO GROSSO, 2010, p. 89).

Portanto, dentre as ações estratégicas estão:

- Manutenção dos incentivos estaduais às Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Apoio à Saúde Comunitária dos Assentados Rurais (PASCAR);
- Manutenção dos incentivos ao Alcance de Metas da Atenção Básica;
- Instituição do monitoramento e avaliação da atenção primária;
- Fomento da estruturação da rede de atenção primária através da elaboração de um Plano de Investimento, onde serão definidos os critérios e selecionados os municípios prioritários para investimento. (MATO GROSSO, 2010, p. 89).

As demais ações dessa diretriz buscam aprimorar o monitoramento e avaliação da atenção primária, enquanto ferramenta na construção das políticas e práticas viáveis para cada população, assim como servindo de apoio ao gestor municipal, aos conselhos de saúde e à comunidade. Se prestou ainda como importante ferramenta no fortalecimento das ações e serviços de saúde para

aquelas populações que se encontravam em situação de vulnerabilidade, como as que estavam vinculadas ao sistema prisional, idosos, crianças e jovens, mas também aos portadores das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT, entre outros.

Dentre as metas do PES, a que mediria a ampliação da Estratégia foi apresentada de modo diferente dos documentos analisados anteriormente, assim definida “ampliar a cobertura populacional pela Estratégia de Saúde Família de 1.816.403 habitantes para 2.070.480 habitantes”. (MATO GROSSO, 2010, p. 91).

Dessa forma, o PES encaminhou para o PPA o planejamento da atenção primária e a Estratégia para os próximos quatro anos.

A construção do PPA também considerou alguns documentos, como as estratégias gerais e regionais indicadas pelo Plano de Desenvolvimento de Mato Grosso MT+20, resolvendo o problema da não participação da sociedade na elaboração do mesmo.

No PPA anterior, o governo fez forte alusão à necessidade de se fazer um “ajuste social”, considerando que os governos anteriores não priorizaram essa instância. Entretanto, a análise situacional do Estado nesse PPA demonstra que, mesmo havendo melhorias em alguns indicadores, esses ainda se encontravam abaixo dos parâmetros internacionais e apontou que a:

[...] pobreza, em termos relativos (comparada com a população total do Estado), vem diminuindo. Contudo quando se compara o contingente de pessoas que podem ser classificadas como pobres no início dos anos 90 com o mesmo contingente em 2000, constata-se que a redução ainda é pequena, quando se tem em vista o crescimento significativo da economia nas últimas décadas. (MATO GROSSO, 2008 p. 11).

Na orientação estratégica de governo, permaneceu a Missão do PPA anterior, ou seja, promover a inclusão social, o desenvolvimento econômico de maneira sustentável e superar as desigualdades sociais e regionais por meio de um novo modelo de gestão governo estadual. Já a Visão de Futuro mudou de acordo com o proposto no Plano de Desenvolvimento de Mato Grosso MT+2, passando a ser resumidamente “Mato Grosso será um dos melhores lugares para se viver e trabalhar”. (MATO GROSSO, 2008, p. 101).

Os valores permaneceram também os mesmos, Eficiência, Transparência, Honestidade e Ousadia. Treze Objetivos Estratégicos nortearam o Plano, acompanhado das respectivas estratégias de ação.

Evidenciou-se claramente a inserção da lógica do setor privado em detrimento do público, o que Silva (2010, p. 142) denomina de “[...] hibridismo nas relações entre o público e privado [...]”. Não foram percebidas outras categorias priorizadas, como a cidadania, os direitos ou o bem-estar da população.

A saúde foi contemplada no objetivo “Aumento do nível geral de saúde” e possuiu três estratégias: o fortalecimento das ações de vigilância à saúde, o fortalecimento da atenção básica à saúde e a ampliação e manutenção da regionalização e regulação da rede de assistência à saúde. Os indicadores que mensurarão esse aumento no nível geral de saúde foi o da Mortalidade infantil e a Cobertura pelo Programa Saúde da Família (MATO GROSSO, 2008).

Como ocorreu no PES o PPA, dá destaque à atenção primária e à Estratégia Saúde da Família como linhas condutoras para um processo de mudança.

Assim, no PPA foi transformada a intenção em prática, em ação, pois a política priorizada no PES recebeu alocação de recursos o que possibilitou, de fato, sua execução, realização dos objetivos e alcance de suas metas.

O que no PES se constituía em objetivo estratégico, no PPA se tornou no programa Efetivação da Atenção Básica a Partir da Estratégia Saúde da Família, que objetivou fortalecer a atenção básica, adotando a estratégia saúde da família como centro ordenador da assistência no SUS e das articulações intersetoriais, de modo a promover a atenção integral do indivíduo (MATO GROSSO, 2008).

Entretanto, ocorreu a alteração e inclusão de indicadores, pois, o indicador contemplado no Objetivo Estratégico do PPA, Mortalidade infantil - Número de óbitos infantis (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos foi alterado para o indicador Proporção de nascidos vivos de mães com seis ou mais, Consultas de pré-natal (percentual), permaneceu o indicador Cobertura pela Estratégia e houve a inclusão de mais dois indicadores, média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas (unidade) e proporção da população coberta pelas equipes de saúde bucal-(percentual) (MATO GROSSO, 2008).

Um dado interessante a ser observado é que a meta proposta para Proporção da população coberta pelas equipes de saúde da família foi de 70%, ao final de

2011, ou seja, o que estava proposto para ser alcançado no PPA e PES anterior foi novamente proposto para ser alcançado em mais quatro anos.

Podemos, então, deduzir que seriam precisos oito anos para que 70% da população mato-grossense fosse coberta por uma equipe saúde da família. No Relatório de Avaliação do PPA 2004-2007, a área técnica apontou a dificuldade de implantar novas equipes nos grandes municípios do Estado, demonstrado pela Tabela 3, uma vez que nas maiores regiões que ocorreu pouca variação na expansão da Estratégia.

Assim, a Estratégia demandou mais ações ou ações diferenciadas para esses municípios tão complexos e que, segundo Caetano e Dain (2002, p. 6),

A especificidade de cada região/município (incluem-se aí o processo histórico de constituição daquela rede e suas particularidade de organização), a divisão público-privado, a oferta de serviços (próprios ou conveniados) de média e alta complexidades do SUS, bem como as determinações oriundas do próprio espaço urbano – entre as quais se destacam os fluxos de transporte, as expectativas assistenciais e características médicos-culturais da população, os vínculos preestabelecidos dos usuários com unidades e equipes do modelo tradicional, e seus padrões prévios de acesso e consumo de serviço médicos.

Nesse primeiro momento não foi possível identificar, no PPA, alguma ação que tratasse especificamente de como enfrentar o desafio de ampliar a Estratégia nas maiores cidades.

O quadro abaixo trás um resumo dos Programas sob a responsabilidade da SES nos PPA de 2004-2007 e 2008-2011

Nos dois PPA a atenção primária é definida como um programa, sendo que no PPA 2008-2011 a Estratégia Saúde da Família já está inclusa no nome do Programa. Há uma diminuição nos números dos programas, percebe-se uma tentativa de agregar ações similares ou que articuladas correspondam aos mesmos objetivos e contribuam para o alcance das metas (Quadro 01).

PPA 2004-2007	PPA 2008-2011
017 - ATENCAO AOS PORTADORES DE DEFICIENCIAS	036 - APOIO ADMINISTRATIVO
036 - APOIO ADMINISTRATIVO	142 - GESTAO DA TECNOLOGIA DE INFORMACAO
142 - GESTAO DA TECNOLOGIA DE INFORMACAO	273 - EFETIVACAO DA POLITICA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA.
156 - GESTAO DEMOCRATICA DO SUS	274 - EFETIVACAO DA ATENCAO BASICA A PARTIR DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA
158 - FORTALECIMENTO DA ATENCAO BASICA	275 - CONSOLIDACAO DAS ACOES DE VIGILANCIA EM SAUDE
159 - FORTALECIMENTO DO COMPLEXO REGULADOR DO SUS	276 - REORGANIZACAO DA REDE DE ATENCAO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE COM FOCO NA REGIONALIZACAO
160 - IMPLEMENTACAO E EFETIVACAO DA MICRORREGIONALIZACAO DA SAUDE	278- IMPLEMENTACAO DO PROCESSO DE GESTAO DO SUS
161 - REESTRUTURACAO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA	279 - POLITICA DE INVESTIMENTO NAS ACOES DE PROMOCAO, PREVENCAO E PROTECAO A SAUDE
163 - FORTALECIMENTO DA GESTAO DA SAUDE	994 - OPERACOES ESPECIAIS: SERVICOS DA DVIDA INTERNA
203 - DESENVOLVIMENTO DA POLITICA DE INVESTIMENTO EM SAUDE	996 - OPERACOES ESPECIAIS: OUTRAS
241 - IMPLEMENTACAO DAS ACOES DE VIGILANCIA A SAUDE	997 - PREVIDENCIA DE INATIVOS E PENSIONISTAS DO ESTADO
254 - FORTALECIMENTO DA ATENCAO AS POPULACOES EM SITUACOES DE VULNERABILIDADE	
257 - FORMACAO E CAPACITACAO PERMANENTE EM SAUDE	
996 - OPERACOES ESPECIAIS: OUTRAS	
997 - PREVIDENCIA DE INATIVOS E PENSIONISTAS DO ESTADO	

Quadro 01. Principais Programas PPA 2004-2007 e PPA 2008-2011 da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Fonte: Elaboração da autora a partir do Balanço Geral do Estado e SIG-MT

Analisando o marco regulatório para esse período, observa-se que, basicamente, os decretos, portarias e resoluções trataram da autorização para a transferência dos recursos estaduais para os municípios, a pactuação das metas estaduais dos indicadores do Pacto pela Saúde, em 2008 e em 2010, as pactuações referentes ao incentivo federal Compensação de Especificidades Regionais para o estado de Mato Grosso e a definição dos critérios para suspensão dos incentivos financeiros estaduais à Estratégia Saúde da Família (ESF), às equipes de Saúde Bucal SB e ao Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais - PASCAR.

Em cumprimento à Diretriz do PES, que trata da qualificação da atenção primária utilizando do monitoramento e avaliação como ferramenta para melhoria na qualidade dos serviços prestados a comunidade, o Estado lançou a Portaria n. 62, de 15 de maio de 2008, e no mesmo ano atualizou e publicou nova portaria, a de n. 113, de 2008, que revogou a 62.

A Portaria n. 113/2008 instituiu o Programa de Incentivo ao Alcance de Metas da Atenção Básica, prescrevendo que os municípios receberiam um recurso financeiro que variava de acordo com o percentual de cumprimento das metas dos indicadores da atenção básica inseridos no Pacto pela Saúde. E, caso o município registrasse Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (2000), igual ou inferior a 0,702, receberiam incentivo diferenciado, visando minimizar as desigualdades municipais (MATO GROSSO, 2008).

Esses indicadores sofreram alteração em 2010, havendo somente troca dos depois de avaliados.

Poderíamos analisar que ocorreu certo senso contraditório nessa política, pois, na verdade, tratava-se de um prêmio aos municípios que conseguissem cumprir com as metas pactuadas, já que ocorreu posteriormente a ação e não um incentivo, pois para que o fosse deveria ocorrer, anteriormente, a ação realizada, considerando principalmente as condições das unidades municipais.

Com esse mesmo objetivo de promoção da melhoria na atenção primária utilizando, entre outras ações, o monitoramento e a avaliação, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, por meio da Portaria n. 1.654, de 19 de julho, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB, e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável (BRASIL, 2011).

Entretanto, foi a Portaria n. 2.396, de 13 de outubro de 2011, que estabeleceu o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável PAB Variável.

Assim, novamente o Ministério da Saúde utilizou do financiamento como moeda de troca para a implantação de mais um programa. Mesmo considerando a intenção do mesmo foi inegável a sua direção descendente, principalmente por não considerar “[...] a enorme heterogeneidade deste país, e totalmente distantes das reais possibilidades dos municípios de darem resposta aos crescentes problemas de saúde com os quais se defrontam”. (SOARES, 2005, p. 2).

A Figura que se segue demonstra a construção de um SUS a “golpes de portaria”, como também por leis, decretos, normas, nesse caminhar para a consolidação da atenção primária e da Estratégia Saúde da Família pelo Ministério da Saúde e pelo estado de Mato Grosso.

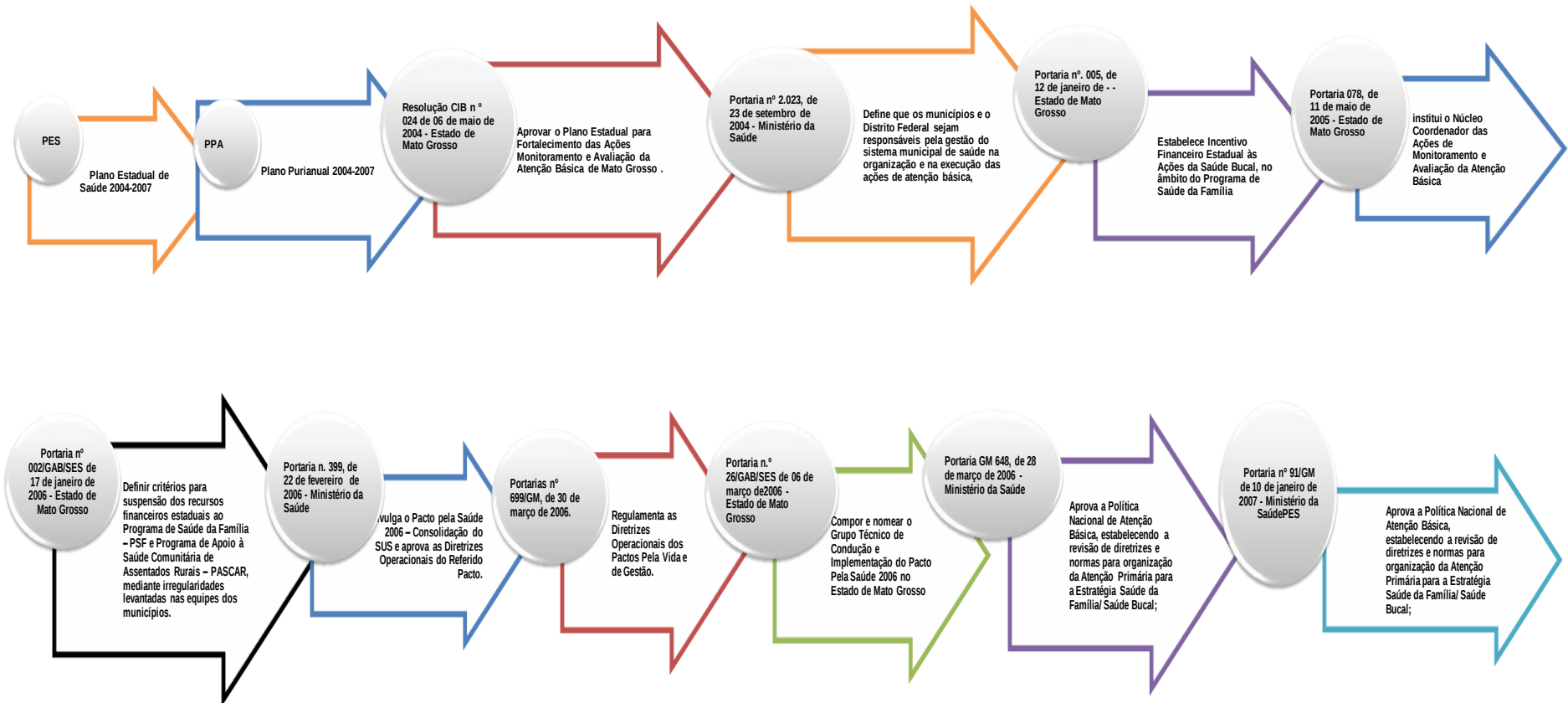


FIGURA 4A. Linha do tempo das principais normativas para Atenção Primária pelo Ministério da Saúde e Estado de Mato Grosso – 2004-2011

Fonte: Elaboração da autora a partir do marco regulatório do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

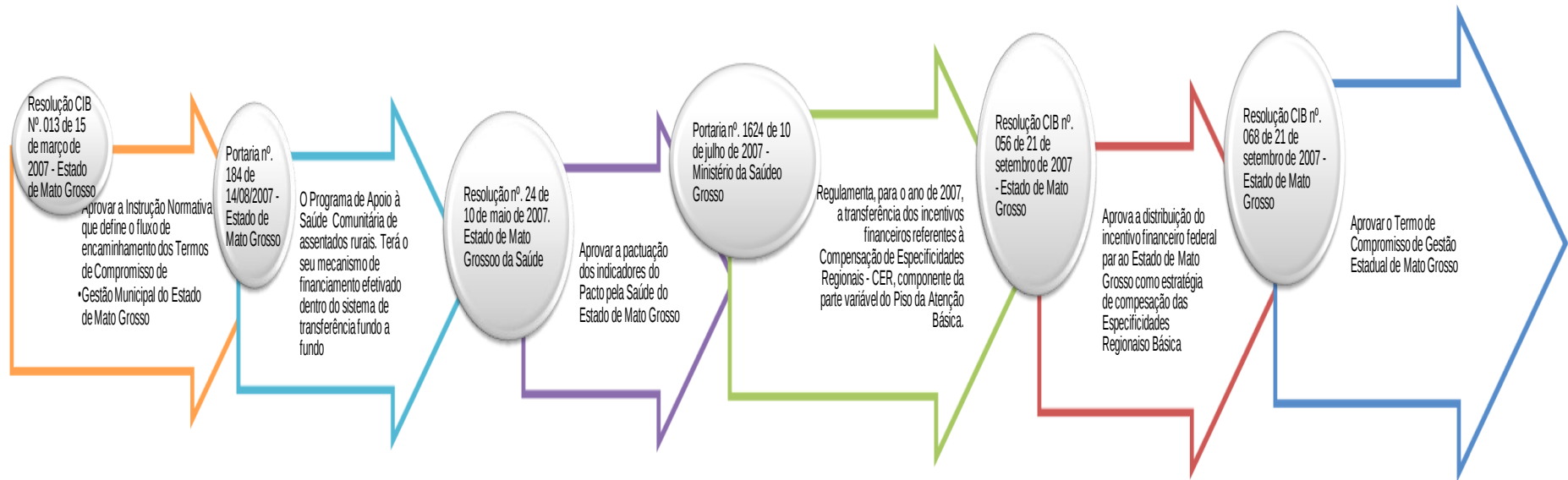


FIGURA 4B. Linha do tempo das principais normativas para Atenção Primária pelo Ministério da Saúde e Estado de Mato Grosso – 2004-2011

Fonte: Elaboração da autora a partir do marco regulatório do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

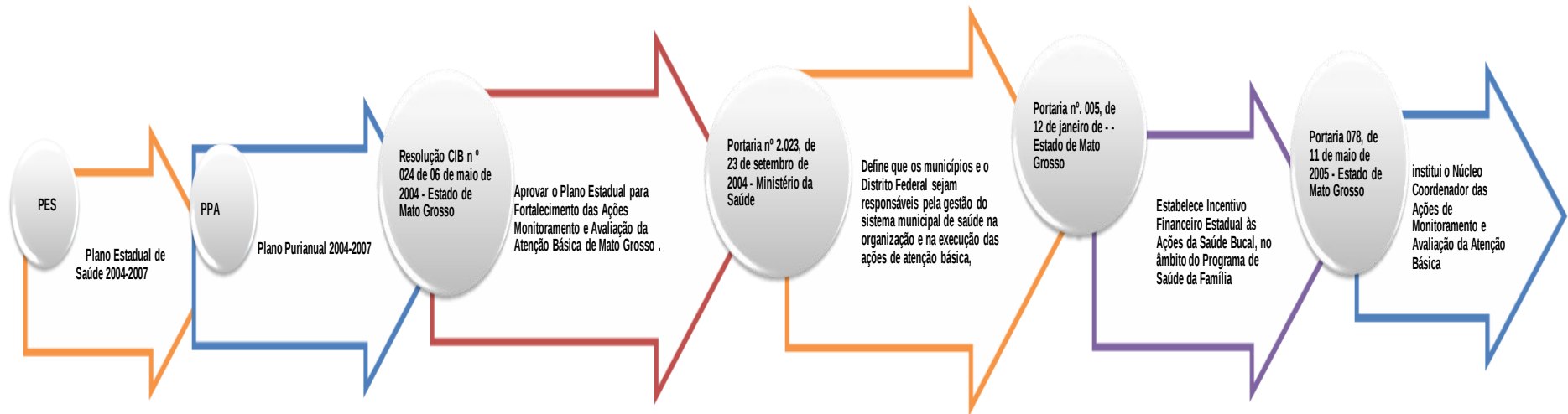


FIGURA 4C. Linha do tempo das principais normativas para Atenção Primária pelo Ministério da Saúde e Estado de Mato Grosso – 2004-2011

Fonte: Elaboração da autora a partir do marco regulatório do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

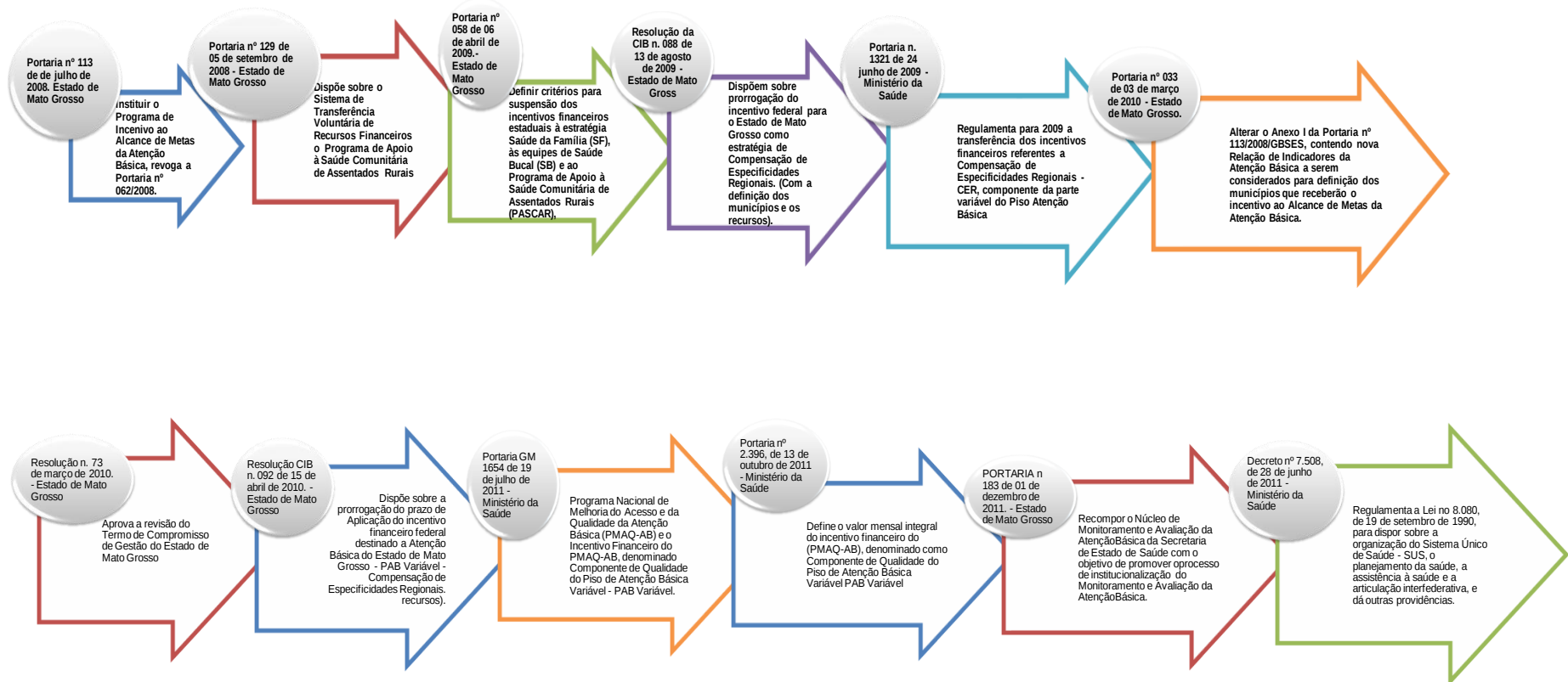


FIGURA 4D. Linha do tempo das principais normativas para Atenção Primária pelo Ministério da Saúde e Estado de Mato Grosso – 2004-2011

Fonte: Elaboração da autora a partir do marco regulatório do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Dentre as normativas, a última trata de mais mudança na forma de se fazer ou gerir o SUS, através da publicação do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei 8080/90, após 20 anos, quando se verificou nova disposição sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

As orientações dadas pelos técnicos do Ministério da Saúde, envolvidos no processo de divulgação do Decreto, foram determinantes pela implantação do Pacto pela Saúde nas suas três dimensões, incorporados ao novo instrumento que formalizava a pactuação entre os entes federados, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, que objetivou “[...] a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários”. (BRASIL, 2011, p. 7).

Neste novo momento, mudança significativa se verificou com a utilização do termo atenção primária e não mais atenção básica, como ocorreu em todo o marco regulatório.

A atenção primária foi apresentada, no decreto, primeiramente como um dos critérios para a instituição de uma região de saúde. Para ser considerado região de saúde era preciso ter, no mínimo, além da atenção primária, os serviços e ações da urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

A atenção primária, que continuou sendo considerada uma das portas de entrada na Rede de Atenção à Saúde, sendo que a Estratégia Saúde da Família não foi sequer mencionada no corpo do decreto.

Portanto, o SUS encerrou o Pacto pela Saúde com a adesão de cento trinta e cinco municípios mato-grossenses, ficando sem pactuar apenas os de Nossa Senhora do Livramento, Planalto da Serra, Pontes e Lacerda, Itanhanga, Rondolândia e Várzea Grande.

Além disso, o PPA e o PES chegaram ao ano de 2011 sem cumprir, novamente, com a meta proposta inicialmente, ou seja, como ocorreu nas demais pactuações, visto que o Estado não conseguiu atingir 70% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família, ficando em torno de 65,67%, segundo o Relatório de Ação Governamental de 2011 (MATO GROSSO, 2012).

Como também ocorreu em outros documentos, há divergências nos valores informados de acordo com cada banco de informação. No sistema CATCH, no site da Secretaria de Estado de Saúde, a proporção da população coberta foi de 63,86 e na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, no site do Ministério da Saúde, acusou 63,26%, para 2011.

Quando analisamos esse período nas regiões de saúde é perceptível que, das dezesseis regiões, nove apresentaram redução em sua cobertura, ao compararmos com o último ano do PPA e PES anterior (Tabela 05).

Tabela 5: Evolução da população coberta pela Estratégia Saúde da Família nas regiões de saúde, em 2007 e 2011

Regional	População	2.007	2.011	Variação
AGUA BOA	79.404	76,06	77,30	1,24
ALTA FLORESTA	97.741	79,66	69,05	(10,61)
BARRA DO GARCAS	114.650	55,40	79,19	23,79
CACERES	179.761	63,05	60,88	(2,17)
COLIDER	66.080	51,16	68,34	17,18
CUIABÁ	884.685	33,94	42,08	8,14
DIAMANTINO	89.525	79,82	73,74	(6,08)
JUARA	49.815	50,70	68,64	17,94
JUINA	132.817	78,44	75,85	(2,59)
PEIXOTO DE AZEVEDO	92.788	90,60	83,50	(7,10)
PONTES E LACERDA	107.132	67,05	73,98	6,93
PORTO ALEGRE DO NORTE	74.747	82,38	78,18	(4,20)
RONDONOPOLIS	439.230	81,43	82,38	0,95
SÃO FELIX DO ARAGUAIA	20.947	100,63	74,30	(26,33)
SINOP	325.669	82,10	65,65	(16,45)
TANGARA DA SERRA	199.634	69,58	66,34	(3,24)

Fonte: Elaboração da autora a partir do sistema CATCH. (<http://www.saude.mt.gov.br/aplicativo/indicadores/>)³

³ Segundo informação do site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde a cobertura da ESF é calculada com base numa estimativa de 3.450 hab por equipe, eventualmente o resultado de algum município poderá ficar acima de 100%, caso suas equipes trabalhem com menos do que esse nº de pessoas.

Se estratificarmos essas regiões pelo número de habitantes, podemos observar que naquelas com população acima de cento e cinquenta mil, sendo cinco regiões, três reduziram sua cobertura e, nas duas maiores, a variação da cobertura ficou em torno de 4%.

Entretanto, nessas três maiores regiões, apenas uma, Baixada Cuiabana, apresentou cobertura abaixo de 50%, em 2011, as demais, Rondonópolis e Sinop, apresentaram 82% e 65% de cobertura, respectivamente.

Nas regiões com população entre noventa a cento cinquenta mil habitantes, que abarcava cinco regiões, também três apresentaram redução em sua cobertura, Porém, nas cinco regiões houve cobertura da população acima dos 69%, ou seja, acima da apresentada pelo Estado.

O mesmo cenário ocorreu com as últimas seis regiões, que apresentaram população entre vinte a oitenta nove mil habitantes, porém, apesar de apresentar também redução em três regiões, houve boa cobertura da população pela Estratégia. A maior redução se concentrou nesse grupo, a Região de São Felix do Araguaia, que apresentou, em 2007, uma proporção da população cadastrada de 100,63%, sendo que em 2011 essa cobertura foi reduzida a 74,30%.

Portanto, Mato Grosso apresentou, em 1997, 2003, 2007 e 2011, as coberturas de 1,33%, 48,43%, 66,05% e 65,67%, respectivamente, para um período de 15 anos. O estudioso do SUS e também dos modelos de sistemas de saúde no mundo, Eugênio Vilaça (2002), apresentou o modelo para se analisar em que nível de implantação encontrava-se a Estratégia Saúde da Família.

Esse momento pode ser dividido em quatro etapas, sendo: a de transição inicial ou incipiente, a de transição intermediária, a de transição terminal e a de consolidação da ESF. Tais etapas se caracterizam de maneira horizontal e vertical. A cobertura pela Estratégia foi a maneira horizontal, já a verticalidade verificada pelo grau de institucionalização que a Estratégia se encontrava nos espaços sociais políticos, nos serviços de saúde, no sistema educacional, no corporativo e nas representações sociais (MENDES, 2002).

Assim, ao analisarmos somente pela cobertura, segundo os valores definidos pelo citado autor, o Estado estaria no momento de transição terminal, correspondente à cobertura populacional de 50% a 60%.

Ainda segundo o autor, nesse momento é possível que tenha havido também um avanço na institucionalização dos espaços políticos e nos serviços de saúde,

ainda que não assimétricos ou totalmente homogêneos. Nos espaços educacionais e de representação da população, essa institucionalização ocorreu de maneira mais lenta, pois foi preciso mudanças culturais profundas (MENDES, 2002).

Então, o nome dado a esta seção tratava-se, na verdade, de uma pergunta, mas, que deveria ser somente respondida ao final da presente pesquisa, porém, é possível adiantar, pelos números apresentados, que foi inegável a ampliação no número de pessoas atendidas pela Estratégia Saúde da Família.

Entretanto, também ficou evidente que o Estado, em um determinado ponto, entre 2003 e 2007, possivelmente deixou de avançar, inclusive apresentando redução. Mesmo que esta fosse apenas consequência de mudança de metodologia, o Estado não avançou mais e isso não aconteceu somente nas grandes cidades ou nas maiores regiões, mas também nas cidades de médio e pequeno porte.

Entender o porquê dessa estagnação talvez esteja relacionado para além dos efeitos da contrarreforma do Estado, ao focalizar somente numa política. A pergunta central da presente dissertação, e que será apresentado na próxima seção, é: até que ponto o financiamento estadual de fato contribuiu para a situação atual de implantação da Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso?

3 O FINANCIAMENTO DO SUS E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MATO GROSSO

Não há como analisar o fundo público sem discutir o pacto federativo e as implicações no financiamento das políticas públicas.

A saída de um país quase que unitário, característico da ditadura militar, no qual a centralidade na União ocorreu pela destituição da autonomia política dos Estados, das capitais e de mais 150 cidades de médio e grande portes, pela centralidade fiscal que restringiu a execução dos gastos pelos Estados e municípios, trouxe consequências para a descentralização das políticas sociais, mesmo depois da redemocratização do país (ARRETCHE, 2000).

No período da ditadura militar, as iniciativas administrativas e financeiras eram centralizadas na União, ocasionando a formação de uma cultura de subordinação dos Estados e municípios à esfera federal, que se tornaram, assim, mera expansão do Estado Nacional, sem poder de planejamento local (ARRETCHE, 2000).

Nas políticas construídas de forma centralizadas, características do regime autoritário, está a rede de proteção social que tinha como motivo “[...] mostrar serviços para justificar sua ação interventora; encobrir a dureza do regime de exceção e; distribuir bens e serviços para não distribuir poder”. (PEREIRA, 2002, p. 126).

As reformas instituídas nesse período abrangeram todo o aparelho institucional do Estado, compreendendo as áreas financeira, administrativa e fiscal. Todas foram instrumentos para a consolidação do movimento de centralização na esfera federal.

A Fiscal possibilitou o aumento do “bolo” tributário, ao transferir uma série de impostos que, antes, era de competência dos Estados e municípios, para a União. E que, posteriormente, fez das transferências destes mesmos impostos aos Estados e municípios enquanto estratégia de negociação e adesão (FAGNANI, 2005).

Semelhante modelo ainda é utilizado nos dias atuais para a adesão às políticas nacionais e também como forma de controle e dominação.

A reforma financeira possibilitou aumento na capacidade de financiamento do Estado, a exemplo da reforma bancária, incumbida de atender ao financiamento das políticas que o governo federal considera prioridade para o país. Ocorreram

aumento e concentração de recursos em instituições governamentais subordinadas a União, a exemplo do Sistema Financeiro da Habitação – SFH, que até hoje gera os recursos destinados à política de habitação (FAGNANI, 2005).

Já a reforma administrativa fez com que fosse possível a operacionalização da execução das políticas nacionais em virtude, principalmente, da centralidade na esfera Federal. As empresas públicas deram maior agilidade nesse processo e as políticas sociais foram influenciadas por tais mecanismo (FAGNANI, 2005).

Assim estavam contextualizadas nesse período as políticas sociais no Brasil:

A centralidade do processo decisório das políticas sociais no Executivo federal materializou-se na criação de complexas agências burocráticas federais, portadoras de expressivos recursos de poder, que passaram a formular, implementar e gerir políticas setoriais de corte nacional e a controlar fundos financeiros de magnitude considerável. (FAGNANI, 2005, p. 30)

E os Estados e municípios trabalhavam, basicamente, na busca por recursos federais por meio da elaboração de projetos que deveriam estar alinhados às políticas nacionais propostas e descritas nas normativas publicadas (MEDEIROS, 1986).

Entretanto, se observarmos as normativas posteriores à Constituição Federal de 1988, é possível identificar as mesmas práticas nas políticas sociais atuais a serem descentralizadas aos entes federados, que agora possuem autoridade soberana sobre o seu território.

A transição para o Estado democrático, a descentralização fiscal, a realização de eleições diretas retirou do governo federal a indicação dos governadores e prefeitos, estabelecendo, assim, uma nova relação intergovernamental entre os entes federados, consolidando a independência e autonomia de cada um sobre o outro, incluindo os municípios como novos atores, ou melhor, como novos entes federados (ARRETCHE, 2000).

No Estado federado a gestão sobre as políticas sociais foi alterada, principalmente se compararmos à forma centralizada e verticalizada executada pelo regime militar. Neste novo Estado, segundo Arreche (2000, p. 47), “Estados e/ou municípios assumem a gestão de políticas públicas sob a prerrogativa da adesão, precisando, portanto, ser incentivados para tal”.

A autora oferece também uma análise importante sobre a complexidade na realização do processo de descentralização num país tão desigual, como o Brasil. Implantar uma política social em todo o território brasileiro demandará muito recursos, principalmente se ela tiver como princípio a universalidade, como é o caso do SUS, indicando a não efetivação dessa proteção social (ARRETCHE, 2000).

Assim, para que ocorra uma descentralização efetiva e com qualidade nas políticas sociais em um Estado Federativo de dimensão continental, com diferenças culturais, sociais e econômicas, redundando em desigualdades sociais e regionais, e contando com 71% dos municípios com até 20 mil habitantes, segundo IBGE de 2006, com base administrativa, técnica e fiscal fracas, são necessárias estratégias de indução que contenham “[...] recursos financeiros, políticos e administrativos – para implementar políticas cujo desenho institucional obtenha a adesão dos demais níveis de governo”. (ARRETCHE, 2000, p. 74).

Partes dessas estratégias indutivas devem ser planejadas e realizadas pelos Estados para que os municípios possam aderir às políticas e programas, diminuindo, assim, os custos de implantação.

A União, como foi analisada na seção anterior, utilizou fortemente os incentivos financeiros enquanto estratégia para que os municípios aderissem aos diversos programas e políticas, durante o início de implantação do SUS, consolidando o processo de descentralização.

Entretanto, esse tipo de estratégia é utilizado até os dias atuais pelo Ministério da Saúde e, de acordo com os números declarados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, todos os Estados realizam transferências orçamentárias aos seus municípios, seja através do repasse de recursos próprios ou pela repactuação de recursos do Fundo Nacional de Saúde em suas respectivas CIBs.

Os incentivos podem reduzir os custos de implantação das ações e serviços de saúde, apoiando o processo de descentralização aos Estados e, principalmente, aos municípios em um Estado federativo como é o caso do Brasil.

Na seção anterior, foi analisado como ocorreu o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil e mais detalhadamente em Mato Grosso, a partir das normativas e dos instrumentos de planejamento que orientaram o Estado.

Nesta seção, o objetivo é analisar, pelo financiamento, a implantação da Estratégia no Estado e verificar se essa variável pode explicar o que foi

demonstrado, ou seja, o avançar da Estratégia até determinado período e, depois, a estagnação na ampliação da população coberta pela mesma, assim como até que ponto o financiamento explica a atual cobertura da Estratégia nos municípios mato-grossenses.

Para que isso seja possível, a análise utilizará três indicadores propostos por Fagnani (2009), que trabalharão a questão da origem do financiamento, da direção dos gastos e, por fim, sua magnitude.

Porém, inicialmente será feita uma breve contextualização sobre as normas que regulamentam o financiamento do SUS no Brasil e em Mato Grosso, e sobre o fundo público e sua materialização no orçamento público, fonte primária de consulta dos dados a serem utilizados na seção.

3.1 FUNDO PÚBLICO, ORÇAMENTO PÚBLICO E O FINANCIAMENTO DO SUS NO BRASIL E EM MATO GROSSO

Oliveira, F. (1998, p. 53) analisa a importância e a complexidade do fundo público, ao entendê-lo como uma forma de tornar pública a correlação de forças entre as classes sociais, fazendo existir e se sustentar. Esse movimento é capaz de deslocar a luta das classes sociais do setor privado e suas relações com o setor público, visto que “[...] ele é uma espécie de suma de todas essas transformações, as quais têm que ser renovadas quotidianamente, sob pena de ele perder sua eficácia”.

Sem os recursos públicos, o próprio sistema capitalista não haveria se formado, sendo considerada a primeira acumulação primitiva de capital. Entretanto, enquanto neste início os recursos provenientes do fundo público ocorriam posteriores ao capital, na conjuntura, o fundo público passa a ser condição anterior ou ex-ante para a acumulação e reprodução do capital e da força de trabalho. Agora, “[...] a per-equação da formação da taxa de lucro passa pelo fundo público, o que o torna um componente estrutural insubstituível”. (OLIVEIRA, F. 1998, p. 21).

Para a reprodução da força de trabalho, os recursos provenientes do fundo público, somados aos gastos sociais públicos gerais, passam a ser necessidade “[...] estrutural ao capitalismo contemporâneo, e, até prova em contrário, insubstituível”. (OLIVEIRA, F. 1998, p. 23).

Oliveira, F. (1998) elucida ainda que a criação do fundo público ocorreu no Estado de Bem-Estar, no qual o Estado passou a ser gestor dos fundos públicos, sendo os mesmos pré-condição para a acumulação e reprodução do capital e da reprodução da força de trabalho.

Entretanto, esse atendimento do capital e do trabalho passou pela correlação de forças das classes, de maneira contínua. Assim, o fundo público atendeu a ambas as classes, mesmo que ao final o maior beneficiário fosse, de fato, o sistema capitalista.

Com a crise fiscal do Estado, assiste-se a um avanço ou retorno das ideias liberais, assim como a origem da política neoliberal, que propõe “enxugar” ou encolher o Estado, e esse “enxugar” inicia pelos gastos sociais (CHAUI, 1999).

Porém, o Estado mínimo não significa redução do fundo público, apenas que:

Visto sob a perspectiva da luta política, o neoliberalismo não é, de maneira nenhuma, a crença na racionalidade do mercado, o enxugamento do Estado e a desapareição do fundo público, mas a posição, no momento vitorioso, que decide cortar o fundo público no pólo de financiamento dos bens e serviços públicos (ou o do salário indireto) e maximizar o uso da riqueza pública nos investimentos exigidos pelo capital, cujos lucros não são suficientes para cobrir todas as possibilidades tecnológicas que ele mesmo abriu. (CHUI, 1999, p. 3).

Nessa perspectiva, parte considerável do fundo público em tempo de neoliberalismo foi apropriada para a acumulação e reprodução do capital. Caberia às políticas públicas, de atendimento à reprodução da força de trabalho, a focalização, a desvinculação, a privatização, os cortes dos gastos sociais, a desregulamentação da legislação trabalhista, dentre outras medidas.

Para Behring (2008), o capital é o seu próprio limitador e, se não controlado, pode levar a democracia ao seu fracasso, daí o fundo público ter um papel fundamental, pois somente a partir da luta de classes é que poderemos atender as demandas sociais.

Então, o fundo público é mais que uma expressão dos recursos repassados do Estado para acumulação e reprodução do capital e da força de trabalho, mas também expressão das lutas de classes e do deslocamento delas, da esfera privada, para a pública (OLIVEIRA, F. 1998).

E isso ocorreu no momento em que as demandas sociais deixaram de ser debatidas somente no chão da fábrica, passando a serem apresentadas e discutidas nos espaços representativos do Estado democrático de direito, como as Câmaras Municipais, Assembleias Legislativas e no Congresso Nacional, mas, sobretudo, refletindo no instrumento legal que materializa a ação dos governos, o orçamento público (OLIVEIRA, F. 1998).

Volpe (2007) argumenta que as finanças públicas estão cerceadas pela disputa de classes. Para conhecer a sociedade, um ponto de partida pode ser o seu sistema tributário, pois a estrutura das suas receitas e despesas demonstrará qual classe está sendo protegida, assim como a quem cabe pagar a conta.

Para Oliveira, F. A. (2009), o orçamento é mais que uma peça técnica, tem um cunho político desde a sua origem, demonstrando quais ações serão atendidas pelo sacrifício realizado pela sociedade ao despendar parte da sua renda para financiar o Estado e essas ações.

No Brasil, o orçamento público é do tipo misto, pois há interação entre os Poderes Executivo e Legislativo. Cabe ao Poder Executivo sua elaboração, de acordo com os planos e programas de governo, e ao Poder Legislativo sua confirmação, alteração ou rejeição. Nesse momento de discussão nas “casas das leis” detecta-se nova correlação de forças das classes sociais, e o resultado definirá quais setores e classe será mais ou menos tributada e quais serão os gastos públicos priorizados (OLIVEIRA, F. A. 2009).

A Constituição Federal de 1988 resgatou um orçamento público que fosse, realmente, um instrumento de planejamento possível de ser alterado pelo Poder Legislativo, mas também monitorado e fiscalizado.

Três instrumentos organizaram o processo orçamentário a partir da Carta Magna (1988): o Plano Plurianual – PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei Orçamentária Anual – LOA e todos deveriam estar compatibilizados, ou seja, deveriam trazer ações que sintonizassem com os objetivos a serem alcançados ao final de quatro anos.

Os instrumentos podem assim ser definidos:

O PPA, com vigência de quatro anos, tem como função estabelecer as diretrizes, objetivos e metas de médio prazo da administração pública. Cabe à LDO, anualmente, enunciar as políticas públicas e respectivas prioridades para o exercício seguinte. Já a LOA tem

como principais objetivos estimar a receita e fixar a programação das despesas para o exercício financeiro. Assim, a LDO ao identificar no PPA as ações que receberão prioridade no exercício seguinte torna-se o elo entre o PPA, que funciona como um plano de médio-prazo do governo, e a LOA, que é o instrumento que viabiliza a execução do plano de trabalho do exercício a que se refere (BRASIL, 2013, p. 1).

Apesar dos avanços, o processo orçamentário apresentou fragilidades que comprometeram o seu papel de condutor para a execução de políticas públicas que levassem ao desenvolvimento do país. Como exemplo, os escândalos e as denúncias de corrupção que culminaram na criação de Comissões Parlamentares de Inquéritos (CPIs), como a do Orçamento (anões do orçamento) e, mais recentemente, das Sanguessugas (máfia das ambulâncias) (OLIVEIRA, F. A. 2009).

Entretanto, outras ações também foram realizadas com o propósito de aprimorar esse processo, tornando-o o mais próximo da realidade, principalmente em relação à estimativa da receita, mas também que fosse transparente e possível de ser acompanhado e fiscalizado, como ocorreu com a publicação da Lei de Responsabilidade Fiscal ou Lei Complementar n. 101, de 04 de maio de 2000, mesmo que partes dessa iniciativa atendessem aos ideários neoliberais (OLIVEIRA, F. A. 2009).

Assim, é pelo orçamento que podemos identificar se a política social está sendo priorizada ou não pelo Estado e se as normativas que definem seu financiamento estão sendo cumpridas.

A primeira normativa que orienta o financiamento do SUS está definida pela Constituição Federal, sendo alguns desses artigos:

ART. 30, VII – Aos Municípios compete... prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”; “ART.194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. ... com base nos seguintes objetivos... VI - diversidade da base de financiamento; Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais. (CARVALHO, 2005, p. 8).

Após a Constituição Federal de 1988, para que fosse possível atender ao conceito de seguridade social, o que significa ampliação da rede de proteção social por meio de políticas públicas para a saúde, assistência social e previdência, houve a ampliação na base de financiamento, incluindo impostos e contribuições específicas como fonte de recursos (SALVADOR, 2010).

Entretanto, o que de fato foi instituído a partir da Carta Magna foram ações que não cumpriram ou não foram suficientes para a concretização de uma rede de proteção social, consequência, entre outras variáveis, da restrição do financiamento dessas políticas, como pregava o receituário neoliberal que culminou na contrarreforma do Estado.

No que se refere à questão da política social para a saúde, para o recente instituído Sistema Único de Saúde – SUS, o maior golpe foi a retirada de parte da contribuição previdenciária de empregados e empregadores do seu orçamento.

O executivo decidiu que essa fonte financeira exclusivamente o orçamento da previdência. Entretanto, não se buscou outra receita que cobrisse essa diferença, visto se tratar de sistema que estava sendo implantado, sendo que a incerteza quanto ao seu financiamento foi decisiva para o início de uma das piores crises do sistema (FAGNANI, 2005).

Parte desse problema estaria resolvida se novamente a legislação fosse cumprida. Em 1996, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, cuja receita arrecadada seria destinada ao SUS, alterando o então Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira – IPMF criado em 1993.

Mas, por um mecanismo chamado Desvinculação da Receita da União – DRU, novamente a equipe econômica se apropriou dos recursos e os destinou, basicamente, ao pagamento das dívidas.

Após a Constituição, outras legislações foram aprovadas e trouxeram determinações, orientações e regulamentações sobre a questão do financiamento.

A primeira a ser apresentada foi a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que sofreu duro golpe com o veto presidencial nos 25 itens que tratavam entre outro assunto da parte estruturante do Sistema - o financiamento (FAGNANI, 2005).

Porém, a lei trouxe alguns pontos que subsidiaram a análise sobre a descentralização ou a municipalização das ações e serviços de saúde. No seu Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes, no item nono, o processo de

“descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo”. Já no item XI, ficou clara a necessidade de um esforço coletivo, ou seja, dos três entes federados, na “conjugação dos recursos *financeiros*, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios” no alcance do objetivo maior que é o cidadão sendo atendido mais próximo de sua residência.

O Título V tratou especificamente do financiamento. Em seu Art. 31, do primeiro capítulo, ficou definida a origem dos recursos, “o orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades [...]”.

No restante da lei não são estampadas outras normas que possa contribuir para a instituição de um sistema público de saúde, ou seja, verdadeiramente financiado.

Em seguida, temos a aprovação da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que esclareceu como seria a participação da sociedade na gestão do SUS, o controle social, como é conhecido hoje.

Apresentou orientações de como se daria a questão das transferências intergovernamentais, complementando o que já havia sido apresentado na Lei 8.080/90: o Fundo Nacional de Saúde alocaria recursos aos estados e municípios para execução das ações e serviços de saúde, de acordo com o Artigo. 2º. O Artigo 3º referenciou os critérios a serem utilizados para a distribuição desses recursos, conforme estabelecido no Art. 35 da Lei 8.080/90.

Mas, somente em 1993, já no governo Itamar Franco, é que, de fato se deu a transferência de todas as funções relativas à saúde, mais especificamente os serviços ambulatoriais e hospitalares para o Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, com a publicação da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993, que tratou da extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Essa lei ampliou as responsabilidades ou o conjunto de ações a serem desenvolvidas pelos Estados e municípios. Em seu Parágrafo Único, Artigo 1º, ficou claro o processo de descentralização da assistência ambulatorial e hospitalar.

Já os artigos 3º, 4º e 14 tratam de orientações de como se daria o processo de extinção do INAMPS e a inclusão, no orçamento, do Fundo Nacional de Saúde.

Em 2000, no governo de Fernando Henrique Cardoso, com o Ministro da Saúde José Serra, foi aprovada a Emenda Constitucional n. 29, que tratou da vinculação de algumas receitas à política de saúde, em seus três níveis.

A vinculação ocorreu de maneira gradual, com início em 2001 e término em 2004, sendo que, ao final, coube aos Estados a aplicação de 12% sobre a receita líquida correntes de alguns tributos, sendo que aos municípios 15% e à União o valor gasto no ano anterior, mais a variação do PIB.

Outro ponto positivo da EC 29/00 foi a afirmação de só contabilizariam sobre o percentual aplicado os que fossem alocados para ações e serviços de saúde definidos pelo movimento sanitário e pelo controle social, por exemplo, pagamento de aposentadoria e pensões não deveriam ser pagos por essa receita.

Mesmo considerando os avanços vindos a partir da EC 29/2000, a demora que ocorreu na sua regulamentação deixou vazios sobre o que compunha a receita e o que podia ser considerado como gastos com saúde, ficando a cargo de cada gestor a definição e a decisão sobre essas questões.

Em 2012, depois de muitos embates, ocorreu a aprovação da Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, atualmente a maior referência legal no que se refere ao financiamento do SUS.

Essa legislação definiu o percentual mínimo a ser aplicado em saúde, distinguindo as consideradas despesas com ações e serviços de saúde e o seu controle, conforme destaca o artigo 1º:

Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal: I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde; II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde; III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais; IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. (BRASIL, 2012, p. 1)

A lei confirmou o que já estava instituído na EC 29/2000: os percentuais são os mesmos já estabelecidos. Para a União, o valor empenhado no ano anterior mais

variação nominal do PIB e mesmo se o PIB fosse negativo o valor não poderia ser inferior ao do exercício anterior.

Para os Estados, 12% e, para os municípios, 15% sobre impostos já definidos nos artigos 155, 156, 156, 157, 158 e 159 da Constituição Federal, lembrando que os percentuais são os *mínimos* a serem alocados para a saúde, podendo ser acima desse valor, se necessário.

A lei possuiu outras orientações importantes, como por exemplo, a alocação futura dos recursos que deixaram de ser aplicados quando verificado na apuração anual; a reafirmação de um processo de planejamento e orçamento ascendente, considerando as necessidades de saúde apurada pelo perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico e, acima de tudo, definindo os conselhos de saúde como deliberadores das diretrizes a serem utilizadas na definição das prioridades (BRASIL, 2012).

A lei reafirmou os movimentos sociais, a sociedade organizada, o controle social e a participação social como mecanismos de fortalecimento desse sistema público e único de saúde.

Apesar dos avanços a partir da EC 29/2000, o financiamento ainda é ponto de lutas constantes, a mais recente movimentação por parte da sociedade é o Movimento Saúde Mais 10, que tem como objetivo alterar a Lei 141/2012, incluindo a vinculação de 10% da Receita Corrente Bruta da União (RCBU) para a saúde, pois é evidente pelos números analisados, e em Mato Grosso não é diferente, a redução do financiamento por parte da União à política pública de saúde.

Mato Grosso seguiu um caminho semelhante ao nacional, visto que, na Constituição Estadual de 5 de outubro de 1989, a área da saúde e seu respectivo financiamento encontravam-se nos seguintes itens, no Título I dos Princípios Constitucionais e Fundamentais, sendo um dos objetivos prioritários do Estado propiciar saúde a seus cidadãos.

No Título V - Do Desenvolvimento Econômico e Social, em seu Capítulo I - Da Seguridade Social, temos a Seção II que tratou especificamente da Saúde. O texto em si é muito semelhante ao da Constituição Federal. O artigo 220 versou sobre o financiamento e seguiu a orientação do artigo 198 da Constituição Federal, a diferença é que entrou em cena um instrumento legal que levou em conta as particularidades do Estado, o Código Estadual de Saúde, que será mencionado logo mais.

Da mesma forma que na União, o Estado de Mato Grosso teve que realizar mudanças na sua estrutura institucional. O artigo 16 trata da transferência de algumas unidades assistenciais, até então sob gestão do Instituto de Previdência do Estado de Mato Grosso (IPEMAT), para o Sistema Único de Saúde.

A Lei Complementar n. 22, de 9 de novembro de 1992, instituiu o Código Estadual de Saúde, que tratou da organização, regulamentação, fiscalização, controle das ações e dos serviços de saúde no Estado, caracterizando o Sistema Único de Saúde nos níveis Estadual e Municipais.

A parte que compete ao financiamento está no Capítulo V, que trata do orçamento e gestão financeira. Assim como a Constituição Federal, o Código Sanitário de Mato Grosso estabelece a aplicação de 30% do orçamento da seguridade social para a saúde.

Temos, também, por meio da Lei n. 6.028, de 6 de julho de 1992, a criação do Fundo Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso, que teve como objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas pelo Sistema Único de Saúde e coordenada pela sua Secretaria de Saúde.

Os fundos de saúde têm, na realidade, o papel de dar mais autonomia aos gestores de saúde, numa tentativa de desatrelar os recursos dessa área das demais e sua execução das Secretarias de Fazenda e da Administração.

A instituição do fundo em Mato Grosso seguiu a determinação dada pela Lei 8.080/90 em seu Artigo 4º, pois, para que os Estados, Distrito Federal e municípios continuassem a receber a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde, deveriam, entre outras coisas, contar com um Fundo de Saúde, e assim o fez Mato Grosso no ano de 1992.

Não houve nenhuma legislação estadual que alterasse a composição da receita para o SUS na sua esfera de competência. Assim, Mato Grosso seguia o que determinava a Emenda Constitucional n. 29/00 e, a partir de 2012, a Lei Complementar n. 141, que regulamentou a Emenda.

Como o período analisado não contempla a nova Lei, a composição da receita seguiu o que determinava a Emenda Constitucional n. 29/00.

Assim, iniciamos a análise do financiamento do SUS, em particular para Estratégia Saúde da Família no estado de Mato Grosso e seu impacto no processo de sua implantação nos municípios mato-grossenses.

3.2. A NATUREZA DAS FONTES DE FINANCIAMENTO DO SUS MATO GROSSO

A Emenda Constitucional n. 29/00 é considerada um avanço para o financiamento do SUS, pois, a vinculação de determinadas receitas para a saúde reduziu a instabilidade no financiamento dessa política social frente às prioridades estabelecidas pelas políticas econômicas.

De forma mais clara, reduziu consideravelmente o que internamente ocorria nas secretarias de saúde, “andar com pires nas mãos” na Secretaria de Fazenda em busca pela garantia dos recursos financeiros fixados pelo PPA, LDO e LOA, que possibilitavam a realização das ações e serviços de saúde para a população.

No artigo que trata dos Atos das Disposições Constitucionais, alterou o Artigo 77 da Constituição Federal, definindo que, a partir de 2004, os Estados deveriam aplicar “doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios”. (BRASIL, 2000).

No Artigo 155 foram definidos os impostos que competiam aos Estados e ao Distrito Federal, sendo o de transmissão *causa mortis* e doação, de quaisquer bens ou direitos (ITCMD); operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciassem no exterior (ICMS) e propriedade de veículos automotores (IPVA) (BRASIL, 1988).

Já o Artigo 157 elencou as receitas advindas da Repartição das Receitas Tributárias, são impostos de competência da União, mas que deveriam ser repartidos aos Estados, Distrito Federal e municípios. Para o Estado e Distrito Federal, deveria ser repassado o imposto de renda retido na fonte. Caso a União, institua algum imposto por lei complementar, quando 20% do produto da arrecadação deveriam ser repassados aos Estados e Distrito Federal para as ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

O Artigo 159 determinou que, dos impostos entregues pela União, 12% deverão ser destinados à saúde, sendo: Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE); imposto sobre produtos industrializados (IPI), do produto da

arrecadação da contribuição de intervenção no domínio econômico (CIDE) e, por fim, os provenientes da Lei Complementar n. 87/96 (Lei Kandir) (BRASIL, 1988).

A partir da publicação da Emenda foram detectadas várias lacunas que traziam dúvidas sobre os itens que compunham a receita, como também o que deveria ser considerado como gasto com ações e serviços de saúde.

Teve início um movimento, por parte do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Tribunais de Contas, para a construção de consensos que orientassem os gestores, das três esferas, na estimativa da receita que caberia ao Ministério da Saúde e às secretarias de saúde, e o que cada ente deveria planejar enquanto ação e serviço de saúde (BRASIL, 2004).

Em 8 de maio de 2003 foi aprovada a Resolução n. 322, antiga Resolução n. 316, de abril de 2002, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que tentou esclarecer as dúvidas e fechar as lagunas geradas pela Emenda (BRASIL, 2004).

No cômputo da receita foram atribuídos os de competência do Estado, o ICMS, ITCMD e o IPVA. O ICMS, é um imposto indireto e regressivo, já o ITCMD e o IPVA constituiriam impostos diretos e progressivos.

Das receitas transferidas pela União, todos se constituíam em impostos, sendo: FPE, IPI, Lei Kandir, Imposto de Renda Retido na fonte. Deviam ser somados também às receitas da Secretaria os valores referentes à dívida ativa tributária destes impostos e as multas e juros de mora e correções monetárias geradas pelo atraso no pagamento feito pelos contribuintes (BRASIL, 2003).

Dos impostos transferidos pela União, o FPE, composto por impostos direto e indireto, como também progressivo e regressivo. A Lei Kandir, por se tratar da desoneração do ICMS sobre produtos exportados, se caracteriza como imposto indireto e regressivo. Já o Imposto de Renda Retido na Fonte é direto e progressivo.

Em virtude da centralização da competência para instituir novos impostos na União, fez-se necessário, para respeitar a organização federativa na qual se encontra o Brasil, a definição que 20% do valor arrecadado por um novo imposto deveriam ser repassados aos Estados e municípios (OLIVERIA, 2009).

Portanto, ao contrário do que ocorreu na União, onde as contribuições sociais financiam o SUS, nos Estados trata-se de impostos que financiam a saúde (Quadro 02).

RECEITA	TIPO (Imposto, taxa ou contribuição de melhoria)	BASE DE INCIDÊNCIA (Direto e Indireto)	FORMA (Regressivo, Progressivo ou Proporcional)
(+) (ICMS) – Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviço	Imposto	Indireto	Regressivo
(+) IPVA-Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores	Imposto	Direto	Progressivo
(+) ITCMD-Imposto Sobre a Transmissão Causa Mortis *	Imposto	Direto	Progressivo
(+) Quota-Parte do FPE	Imposto	Direto/Indireto	Regressivo/Progressivo/Proporcional
(+) Quota-Parte do IPI - Exportação	Imposto	Indireto	Regressivo
(+) Transferência da Lei Kandir	Imposto	Indireto	Regressivo
(+) Imposto de Renda Retido na Fonte	Imposto	Direto	Progressivo
(+) Receita da Dívida Ativa de Impostos	Diversos		
(+) Multas e Juros de Mora de Impostos e da Dívida Ativa	Diversos		
(-)Transferências Constitucionais a Municípios: ICMS (25%) + IPVA (50%) + IPI Exportação (25%)	Diversos		

Quadro 02. Composição da receita para as Secretarias de Estado de Saúde

*Em Mato Grosso o imposto possui três alíquotas: isento; 2% e; 4%, de acordo com o valor da doação.

Fonte: Elaboração da autora a partir da EC n.29/00 e Resolução n.322.

Ter seu financiamento baseado em impostos, sendo os de valores mais expressivos com incidência indireta, lembrando que os diretos que incidem sobre a renda e o patrimônio e os indiretos incide sobre a produção de bens e serviços e circulação e que, assim sendo, por estarem baseados no consumo e não na renda “[...] são considerados impostos regressivos, cujos efeitos nocivos sobre a estrutura da distribuição de renda podem ser atenuados – mas não eliminados [...]” (OLIVEIRA, F. A. 2009, p. 184).

Os impostos indiretos e regressivos representam para política tributária, que pretende ser mais justa e que promova a distribuição renda, um retrocesso ou desafio a ser superado.

Se analisarmos que os principais tributos que financiaram a Secretaria de Estado de Saúde são os impostos indiretos e regressivos, temos, então, uma política financiada pelos trabalhadores e pela classe mais pobre, mas, principalmente ficam a mercê das oscilações no cenário econômico do Estado, já que estão ligados à produção, ao comércio e à circulação de bens e serviços.

Isso se confirma, pois Mato Grosso possui uma economia baseada na agropecuária, voltada para o mercado externo e que, segundo Oliveira F. A. (2009), economias com esse perfil, somado a um mercado interno restrito ou com pouca capacidade de demanda e baixa renda *per capita*, tende a ter nos impostos indiretos sua principal base tributária.

Isso pode ser comprovado por meio de análise sobre a carga tributária de Mato Grosso conforme sua incidência, sendo “[...] um indicador que expressa a relação entre o volume de recursos, que o Estado extrai da sociedade para financiar as atividades que se encontram sob sua responsabilidade, e o produto ou a renda nacional de um determinado país”. (OLIVEIRA, F. A. 2009, p. 166).

Entram no cálculo da Carga Tributária os impostos, as contribuições sociais e econômicas e as taxas sobre o PIB estadual.

Em Mato Grosso, a carga tributária variou entre 9,62% a 11,45% nos nove anos analisados e, confirmando o que ocorre na União, em Estado de Mato Grosso os tributos sobre o consumo representam 85,02% do total da receita tributária do Estado. Somente o ICMS representou em média, no período de 2003 a 2011, de 77% de toda Carga Tributária estadual (Tabela 6).

Deve ser observado na tributação sobre o consumo, o que ocorre com o ICMS incidente sobre a circulação de mercadorias e serviços, temos o contribuinte direto, aquele que produz e vende o bem ou serviço, e que inclui no preço final da mercadoria ou serviço o valor do imposto. Isso demonstra que esse tipo de ônus é pago pelo contribuinte, de fato, o terceiro ou o consumidor, porém, quem recolhe e repassa ao Estado esse imposto é o vendedor (OLIVEIRA, F. A. 2009).

Esse processo de transferir a responsabilidade de quem paga de fato (comprador) a quem recolhe ao Estado (vendedor) é conceituado por Oliveira F. A. (2009) por fetiche do imposto, pois acaba criando a sensação, no vendedor, de que quem arca com “pesada carga tributária brasileira” são os empresários e não o consumidor final (OLIVEIRA, F. A. 2009).

Assim, somado ao fato que ao tributar massivamente o consumo o Estado opta por uma política tributária concentradora na renda que, proporcionalmente, onera mais o segmento populacional com salários mais baixos, pois 17% de ICMS pesa mais para quem recebe um salário mínimo do que para quem recebe 30 salários mínimos. Tem-se, nessa medida, a ilusão ou somos levados a acreditar que quem paga imposto no Brasil é a classe empresarial.

Ao contrário dos impostos indiretos, os diretos seriam, conforme a Teoria das Finanças, a forma mais justa de tributação, pois incidiria sobre a renda e o patrimônio do contribuinte, sem a transferência a terceiros, como ocorre com os indiretos, e, assim, ao vincular o aumento da renda e patrimônio ao aumento do imposto tem-se comprovada sua progressividade, pois “arcam com maior ônus da tributação os indivíduos em melhores condições de suportá-lo, ou seja, aqueles que obtêm maiores rendimentos”. (OLIVEIRA, F. A. 2009, p. 182).

Entretanto, em Mato Grosso esse tipo de imposto é pouco representativo na formação do fundo público, uma vez que as participações da Renda e do Patrimônio, em média, ficam em torno de 14% sobre a Carga Tributária do Estado (Tabela 6). Na União, em 2007, essa participação foi menor, em torno de 11%, aproximadamente (SALVADOR, 2010).

Por que o sistema tributário brasileiro é tão regressivo? Porque, na correlação de forças das classes sociais, a classe trabalhadora, a classe mais pobre, vem somando derrotas, principalmente após a Constituição Federal de 1988, que, mesmo apresentando avanços na busca por um sistema tributário mais justo, sofreu alterações significativas na sua legislação, tornando o sistema tributário brasileiro mais regressivo ao penalizar os mais pobres, tornando inexpressiva a arrecadação tributária sobre a renda e patrimônio (SALVADOR, 2010).

Um dado importante a ser analisado nos tributos que compõem a Carga Tributária de Mato Grosso, trata-se de uma contribuição, mais especificamente o Fundo Estadual de Transporte e Habitação (FETHAB), que incide sobre o transporte de alguns produtos e plantio da soja, criação gado, madeira, algodão gás natural e óleo diesel e que tem como objetivo financiar investimentos na malha viária do Estado e a construção de moradias, englobando as etapas do planejamento, acompanhamento e avaliação das obras e serviços.

Tabela 6A. Estimativa da Carga Tributária de MT, por base de incidência 2003-2011, valores arrecadados e deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

TRIBUTOS	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Consumo	5.404.147.571,05	5.498.790.638,24	5.294.101.052,36	5.073.361.195,83	5.500.051.633,05	6.238.800.111,70	5.966.688.281,01	6.191.367.211,68	6.318.617.646,52	51.485.925.341,43
ICMS	4.962.579.788,37	4.999.748.129,61	4.805.122.632,08	4.612.079.307,20	5.003.641.026,55	5.656.476.234,98	5.287.468.484,57	5.480.706.372,84	5.664.278.084,95	46.472.100.061,14
Contribuições sobre Incentivos Econômicos/concedidos	20.142.052,12	23.434.392,39	29.865.694,34	27.498.576,30	38.939.714,08	44.616.260,62	43.309.737,50	43.952.353,74	36.419.528,42	308.178.309,50
Contribuição aos Fundos/FETHAB	421.425.730,56	474.306.185,83	459.112.725,93	405.459.048,07	431.423.908,97	502.644.310,01	602.803.789,63	627.840.119,97	563.579.483,97	4.488.595.302,95
Contribuição sobre Receita de Concurso de Prognóstico	-	1.301.930,41	-	-	-	-	-	-	-	1.301.930,41
Contribuição ao Fundo Partilhado Investimentos Sociais	-	-	-	9.073.869,33	4.159.409,85	13.792.653,28	13.016.367,33	14.368.980,61	22.582.069,28	76.993.349,68
Contribuição Fundo Estadual de Fomento a Cultura	-	-	-	18.590.517,98	21.887.573,60	21.249.299,04	20.070.299,50	24.430.536,99	14.213.994,35	120.442.221,45
Contribuição para Formação do Fundo de Pesquisa e Extensão	-	-	-	659.876,96	-	21.353,77	19.602,48	68.847,54	40.605,03	810.285,78
Recursos destinados aos FUNEDS - Decreto n. 526/2011	-	-	-	-	-	-	-	-	17.503.880,52	17.503.880,52
Renda	636.757.577,47	317.423.271,75	499.048.356,20	564.296.432,94	1.008.026.501,66	655.045.493,38	640.833.526,21	744.664.567,12	823.532.174,36	5.889.627.901,08
Imposto sobre a Renda e Proventos de qualquer natureza	486.033.854,13	194.273.015,02	219.798.042,51	203.116.267,80	255.333.852,61	332.003.718,80	310.621.692,81	380.900.884,05	439.998.612,08	2.822.079.939,81
Contribuições dos Órgão e Servidores Públicos para (Previdência Regime Próprio)	150.171.511,24	113.531.523,70	256.720.118,67	328.903.325,78	748.294.384,05	321.659.864,18	313.428.879,32	331.725.578,87	368.090.487,40	2.932.525.673,21
Contribuições de Outras Entidades, Instituições	552.212,10	-	-	-	-	-	-	-	-	552.212,10
Compensação Previdência entre Regimes de Previdência	-	1.484.257,63	1.248.714,43	3.977.662,29	1.855.976,38	1.381.910,41	16.782.954,08	32.038.104,20	15.443.074,88	74.212.654,29
Contribuição Assistência Médica dos Servidores	-	8.134.475,40	21.281.480,60	28.299.177,06	-	-	-	-	-	57.715.133,05
Outras Contribuições Sociais-Operações Intra-Orçamentárias	-	-	-	-	2.542.288,62	-	-	-	-	2.542.288,62

Fonte: Elaboração da autora a partir do SIOPS, IBGE e Balanço Geral do Estado. Até a data da análise não havia o PIB de Mato Grosso para 2011.

Tabela 6B. Estimativa da Carga Tributária de MT, por base de incidência 2003-2011, valores arrecadados e deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

TRIBUTOS	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Patrimônio	298.758.651,42	180.908.011,66	211.168.022,24	239.549.701,46	252.566.039,10	291.775.043,66	319.207.955,36	342.891.166,54	382.458.190,61	2.519.282.782,06
IPVA	289.237.104,47	172.186.899,27	202.265.710,86	228.898.428,36	240.990.084,93	269.749.699,96	296.565.935,08	317.376.771,38	351.583.346,71	2.368.853.981,02
Imposto sobre Transmissão Causa Mortis - ITCD	9.521.546,95	8.721.112,39	8.902.311,38	10.651.273,10	11.575.954,17	22.025.343,71	22.642.020,28	25.514.395,16	30.874.843,90	150.428.801,04
Taxas	40.529.994,74	58.473.422,50	66.235.302,03	57.138.332,56	60.057.360,77	78.988.939,46	92.432.741,98	93.263.382,73	115.848.910,33	662.968.387,10
Taxas diversas	40.529.994,74	58.473.422,50	66.235.302,03	57.138.332,56	60.057.360,77	78.988.939,46	92.432.741,98	93.263.382,73	115.848.910,33	662.968.387,10
RECEITA TOTAL TRIBUTOS - RTT	6.380.193.794,68	6.055.595.344,14	6.070.552.732,83	5.934.345.662,79	6.820.701.534,58	7.264.609.588,21	7.019.162.504,56	7.372.186.328,07	7.640.456.921,81	60.557.804.411,68
PIB DE MATO GROSSO	58.345.335.470,99	62.970.107.284,35	58.344.659.771,54	51.814.699.580,38	61.669.289.297,42	73.396.668.851,50	70.815.235.456,11	72.368.791.076,06	-	509.724.786.788,35
CARGA TRIBUTÁRIA - CT	10,94%	9,62%	10,40%	11,45%	11,06%	9,90%	9,91%	10,19%	0%	
% CONSUMO/RTT	84,70%	90,81%	87,21%	85,49%	80,64%	85,88%	85,01%	83,98%	82,70%	
% RENDA/RTT	9,98%	5,24%	8,22%	9,51%	14,78%	9,02%	9,13%	10,10%	10,78%	
% PATRIMÔNIO/RTT	4,68%	2,99%	3,48%	4,04%	3,70%	4,02%	4,55%	4,65%	5,01%	
% TAXAS/RTT	0,64%	0,97%	1,09%	0,96%	0,88%	1,09%	1,32%	1,27%	1,52%	

Fonte: Elaboração da autora a partir do SIOPS, IBGE e Balanço Geral do Estado. Até a data da análise não havia o PIB de Mato Grosso para 2011.

As contribuições estão sendo utilizadas pelos governos, principalmente após a Constituição Federal de 1988, como estratégia para ampliar o financiamento das políticas públicas, restituindo parte da receita perdida pela descentralização tributária e por não haver partilha dela com os demais entes federados, como ocorre com os impostos (OLIVEIRA, F. A. 2009).

Depois do ICMS, a maior representatividade dentre os tributos que oneram o consumo é a contribuição econômica para o FETHAB, já que semelhante ao imposto indireto, o mesmo deve ser embutido no preço final da mercadoria.

Em 2003, o FETHAB representava 0,72% sobre a Carga Tributária, já em 2010 esse valor subiu para 0,87%. O acumulado arrecadado nesses nove anos foi de quatro bilhões e quatrocentos oitenta e oito mil reais (Tabela 6).

Sobre o PIB estadual confirmou-se a importância dos impostos que incidem sobre o consumo, em média 9% deste, 8% referente ao ICMS.

Outro ponto a ser destacado é que Mato Grosso apresenta instabilidade na Receita Total de Tributos, visto a oscilação identificada nos tributos incidente sobre o consumo (Gráfico 08).

Nos tributos que incidem sobre a renda e patrimônio, a arrecadação apresenta evolução positiva, a exceção da tributação sobre a renda no exercício de 2008, que apresentou redução de 35% em relação a 2007, nos demais anos registrou-se crescimento (Gráfico 08).

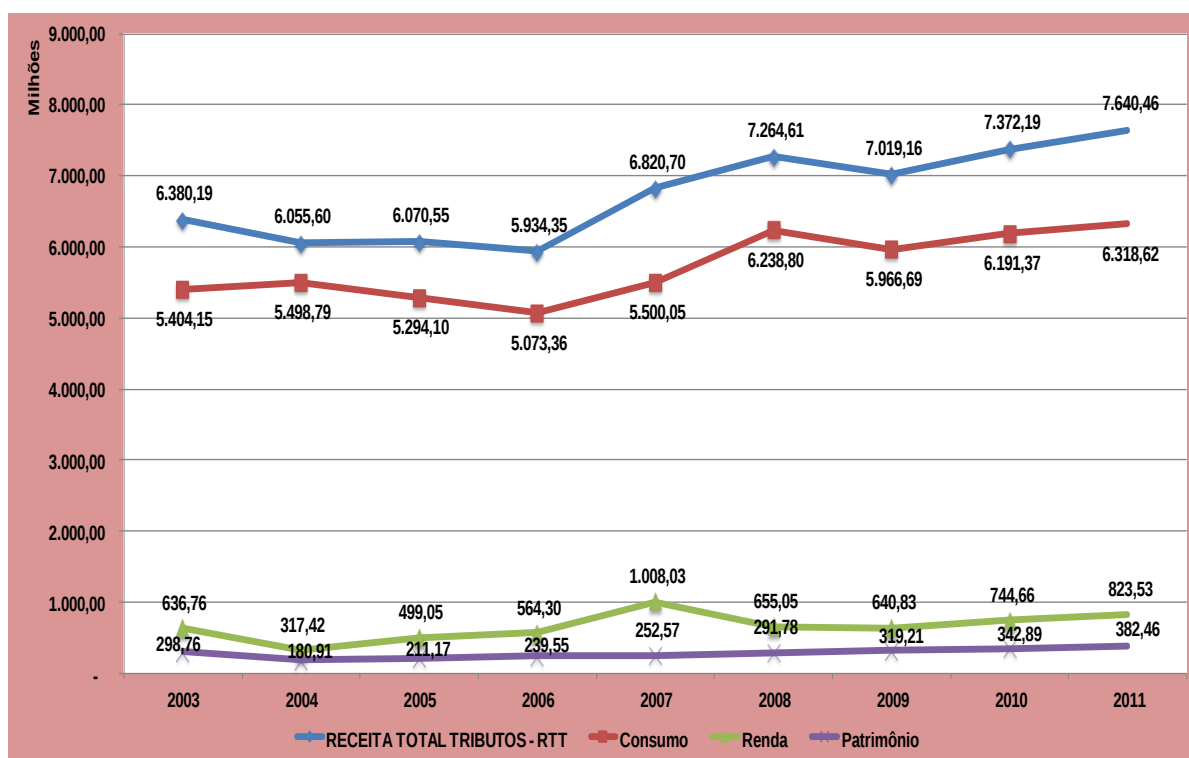


Gráfico 08. Evolução da arrecadação tributária do Estado de Mato Grosso por base de incidência, período de 2003 a 2011, valores arrecadados e deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Balanço Geral do Estado.

Esse estreitamento da base tributária do Estado faz com que qualquer alteração no cenário econômico tenha impacto direto na Receita Total dos Tributos. Mato Grosso, por ter a economia baseada quase que exclusivamente na agroindústria e pecuária para exportação, com forte tributação no consumo, fica na dependência do comportamento interno e externo da economia.

Os anos 2006 e 2009 foram os que apresentaram redução na arrecadação total dos tributos e no PIB e, em 2011, o valor previsto para alguns impostos não se realizou, o ICMS foi um dos que não alcançou a meta.

Em 2006, no Relatório de Ação Governamental, foi esclarecido que, em virtude do cenário econômico que havia sido evidenciado já em 2005, houve necessidade de um contingenciamento, especificamente na projeção da receita do ICMS, num montante de R\$ 460.600.000,00 ou 12,07% e que a receita de ICMS de 2006 fora 17,99% menor que a média das realizações entre 1999 e 2005 (MATO GROSSO, 2006).

Se somente o ICMS representou, em média, 77% de toda a receita tributária estadual, qualquer alteração neste imposto provocaria impacto na projeção e

realização total da receita para a formação do fundo público e, conseqüentemente, no financiamento das políticas sociais.

Em 2009, o mundo se deparava com a crise econômica mundial, desencadeada a partir de 2008, e Mato Grosso, a exemplo do Brasil, sentiu seus efeitos. No Balanço Geral do Estado, no Volume I - Relatório Circunstanciado sobre as Contas, apesar das projeções pessimistas para a economia mato-grossense e a arrecadação ter sido menor que o projetado, o ICMS manteve a arrecadação semelhante a 2008, apresentando um crescimento nominal de 2,4% (MATO GROSSO, 2009).

A área técnica da Secretaria de Estado de Fazenda do Estado (SEFAZ) apontou, no Relatório de Ação Governamental (RAG) de 2009, que foi preciso intensificar a presença fiscal e aperfeiçoar o conhecimento sobre as bases tributárias por meio de construção de postos fiscais, aperfeiçoando o sistema de fiscalização tributária, modernizando a gestão fiscal, aprimoramento do sistema de informação para o lançamento eletrônico do tributo, entre outras ações que pudessem minimizar os impactos da crise na receita tributária do Estado (MATO GROSSO, 2009).

Apesar de todos os esforços, 2009 registrou redução, na Receita Total Tributária, de 3,38%, se comparado a 2008, sendo que, dos R\$ 614,00 milhões a menor, R\$ 369 milhões referiam às perdas na arrecadação do ICMS (Tabela 6).

Apesar de 2011 apresentar crescimento em relação a 2010, a previsão inicial da receita não se realizou para o exercício.

No Volume I – Relatório do Contador, anexo do Balanço Geral do Estado, numa análise sobre desempenho da Receita em 2011, foi verificado que o ICMS ficou R\$ 247,0 milhões (-4,8%) abaixo da previsão inicial, em virtude “de alterações conjunturais da economia mundial com sensíveis alterações na política cambial, aliado a isso o baixo crescimento do PIB nacional em 2011, resultando em queda no nível de atividade econômica do país”. (MATO GROSSO, 2011, p. 18).

Além do ICMS, também não realizaram, conforme sua previsão inicial, o IPVA, FETHAB, Contribuição Fundo Estadual de Fomento a Cultura, Contribuições para Previdência Regime Próprio e Contribuições sobre Incentivos concedidos pelo PRODEI (MATO GROSSO, 2011).

A partir do que foi observado na receita total de tributos e na Carga Tributária de Mato Grosso, sua formação e como se comportou, é possível analisar os efeitos no financiamento das ações e serviços da Secretaria de Estado de Saúde.

Então, podemos iniciar considerando que a Secretaria de Estado de Saúde (SES) é financiada exclusivamente por impostos. Apesar da Emenda Constitucional (EC) n. 29/00 ter resolvido o problema da indefinição sobre as responsabilidades no financiamento do SUS, o Brasil, possuindo um sistema tributário regressivo, o que financia a saúde são os impostos indiretos, onerando, assim, a classe trabalhadora e de menor renda.

No tocante às fontes de recursos destinadas à saúde, semelhante ao que acontece com a Carga Tributária do Estado, é o imposto que incide sobre o consumo o maior responsável pela Receita Total, conforme determinação da EC n. 29/00.

O ICMS representa, em média, 67,46% do montante geral que deve entrar no cálculo para o repasse dos 12% à Secretaria de Estado de Saúde; em segundo lugar vem a transferência da União, referente ao Fundo de Participação dos Estados, com 21,66%, em média; em terceiro lugar um imposto direto com incidência sobre a renda, o Imposto de Renda Retido na Fonte, com 4,99%, em média, e em quarto lugar um imposto direto que incide sobre a propriedade, o IPVA, com 2,17% (Tabela 7).

Portanto, se somarmos o ICMS mais FPE, mesmo que este último tenha em sua composição um imposto direto (Imposto de Renda), a saúde nos Estados, no cômputo da sua receita, tem 89,12% formado por impostos indiretos e, portanto, suscetíveis às crises e, conseqüentemente, à redução dos recursos alocados para a saúde.

Tabela 7. Distribuição do percentual das fontes de recursos 2003 a 2011, valores arrecadados e deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

RECEITA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	MÉDIA
(+) (ICMS) – Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviço	68,78%	72,14%	69,54%	68,39%	67,26%	65,41%	66,32%	65,46%	63,27%	67,46%
(+) IPVA-Imposto Sobre a Propriedade de Veículos	1,73%	1,66%	1,95%	2,26%	2,16%	2,08%	2,50%	2,53%	2,62%	2,17%
(+) ITCMD-Imposto Sobre a Transmissão Causa Mortis	0,18%	0,17%	0,17%	0,21%	0,21%	0,34%	0,38%	0,41%	0,46%	0,28%
(+) Quota-Parte do FPE	20,58%	18,11%	20,78%	22,24%	22,95%	22,97%	21,79%	21,77%	23,76%	21,66%
(+) Quota-Parte do IPI - Exportação	0,29%	0,47%	0,52%	0,56%	0,58%	0,71%	0,52%	0,66%	0,82%	0,57%
(+) Transferência da Lei Kandir	1,81%	1,62%	1,49%	0,82%	0,73%	0,60%	0,59%	0,55%	0,49%	0,97%
(+) Imposto de Renda Retido na Fonte	5,34%	3,73%	4,24%	4,02%	4,58%	5,12%	5,24%	6,07%	6,55%	4,99%
(+) Receita da Dívida Ativa de Impostos	0,48%	1,16%	0,34%	0,48%	0,47%	1,83%	0,57%	0,97%	0,66%	0,77%
(+) Multas e Juros de Mora de Impostos e da Dívida Ativa	0,81%	0,94%	0,96%	1,02%	1,07%	0,93%	1,48%	1,59%	1,37%	1,13%
TOTAL GERAL (Com as deduções das transferências constitucionais aos municípios: ICMS (25%), IPVA (50%) e IPI (25%).	5.411.403.109,59	5.198.073.982,64	5.182.154.887,87	5.058.001.076,87	5.579.383.185,93	6.485.646.915,34	5.925.644.404,47	6.279.670.084,02	6.713.918.990,61	6.725.510.468,14

Fonte: Elaboração da autora a partir do SIOPS e Balanço do Estado.

Antes de analisar o percentual arrecado para a Secretaria de Estado de Saúde sobre o previsto para o período de 2003 a 2011, é importante mencionar que - como ocorreu em outras legislações que trataram do financiamento do SUS, o veto presidencial a 25 artigos que versaram particularmente sobre o financiamento e participação social na Lei Orgânica n. 8.142, de 1990, em 2000 - com a aprovação da Emenda Constitucional n. 29, o Estado brasileiro amenizou os impactos desse golpe, porém, a não regulamentação imediata desta, deixou vazios de interpretação que possibilitaram, novamente, um ataque ao financiamento do SUS.

Em Mato Grosso, o trauma ocorreu em duas situações, por meio da exclusão de algumas receitas e a inclusão de despesas que não poderiam ser pagas com o recurso da Emenda, conforme Resolução n. 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

Na implantação da Emenda em 2001, o Estado retirou da composição da receita a transferência da União referente à Lei Kandir, que desonerava o ICMS dos produtos e serviços exportados e, em 2003, por meio de consulta do governo do Estado ao Tribunal de Contas do Estado - TCE foi elaborado o Acórdão n. 1.098/2004, que retirou, da base de cálculo dos percentuais constitucionais de aplicação mínima nas ações e serviços públicos de saúde, a receita proveniente do Imposto de Renda Retido na Fonte.

Assim, a Secretaria de Estado de Saúde deixou de receber em seu Fundo Estadual de Saúde o montante de R\$ 315.386.935,27 (trezentos quinze milhões e trezentos oitenta seis mil e novecentos trinta cinco reais e vinte sete centavos), no período de 2003 a 2010, sendo que em 2011 o Estado voltou a incluir o Imposto de Renda Retido na fonte na composição total da receita (Tabela 8).

Tabela 8. Financiamento da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, por fonte de recursos 2003-2011, valores arrecadados e deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

RECEITA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
(+) (ICMS) – Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviço	4.962.579.788,37	4.999.748.129,61	4.805.122.632,08	4.612.079.307,20	5.003.641.026,55	5.656.476.234,98	5.287.468.484,57	5.480.706.372,84	5.664.278.084,95	46.472.100.061,14
(+) IPVA-Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores	187.275.202,71	172.186.899,27	202.265.710,86	228.898.428,36	240.990.084,93	269.749.699,96	296.565.935,08	317.376.771,38	351.583.346,71	2.266.892.079,25
(+) ITCMD-Imposto Sobre a Transmissão Causa Mortis	9.521.546,95	8.721.112,39	8.902.311,38	10.651.273,10	11.575.954,17	22.025.343,71	22.642.020,28	25.514.395,16	30.874.843,90	150.428.801,04
(+) Quota-Parte do FPE	1.113.685.386,83	941.145.610,90	1.076.665.274,36	1.125.071.491,79	1.280.622.052,87	1.489.963.822,79	1.291.006.967,67	1.366.988.902,66	1.594.910.751,67	11.280.060.261,56
(+) Quota-Parte do IPI - Exportação	20.631.758,25	32.439.504,01	36.179.831,27	37.497.821,34	42.797.111,33	61.290.451,50	41.214.599,18	55.337.003,82	73.354.176,99	400.742.257,69
(+) Transferência da Lei Kandir	98.130.642,90	84.319.088,14	77.072.800,86	41.715.013,15	41.007.615,97	39.024.518,60	35.083.945,35	34.466.521,30	32.645.689,52	483.465.835,79
(+) Imposto de Renda Retido na Fonte	289.237.104,47	194.097.868,77	219.798.042,51	203.116.267,80	255.333.852,61	332.003.718,80	310.621.692,81	380.900.884,05	439.998.612,08	2.625.108.043,90
(+) Receita da Dívida Ativa de Impostos	25.984.157,33	60.485.112,77	17.749.394,61	24.123.585,76	25.985.296,69	118.800.425,01	33.822.230,98	61.089.563,53	44.562.613,92	412.602.380,61
(+) Multas e Juros de Mora de Impostos e da Dívida Ativa	43.798.009,79	49.071.014,82	49.857.361,21	51.691.384,67	59.534.767,73	60.629.221,60	87.672.267,03	99.988.899,14	91.910.609,71	594.153.535,69
(-) Transferências Constitucionais a Municípios: ICMS (25%) + IPVA (50%) + IPI Exportação	1.339.440.488,01	1.344.140.358,04	1.311.458.471,27	1.276.843.496,31	1.382.104.576,94	1.564.316.521,60	1.480.453.738,48	1.542.699.229,86	1.610.199.738,84	12.851.656.619,33
TOTAL	5.411.403.109,59	5.198.073.982,64	5.182.154.887,87	5.058.001.076,87	5.579.383.185,93	6.485.646.915,34	5.925.644.404,47	6.279.670.084,02	6.713.918.990,61	51.833.896.637,35
Mínimo a ser aplicado na Saúde de acordo com EC n° 29/00	581.725.834,28	623.768.877,92	621.858.586,54	606.960.129,22	669.525.982,31	778.277.629,84	711.077.328,54	753.560.410,08	805.670.278,87	6.152.425.057,61
Mínimo a ser aplicado na Saúde de acordo com EC n° 29/00, menos os Acordãos do Estado	540.083.801,44	590.358.843,09	586.234.085,34	577.580.375,51	633.965.006,08	733.754.241,35	669.592.651,96	703.716.321,44	801.752.796,13	5.837.038.122,34
Percentual a ser aplicado de acordo com EC 29/00 e Resolução 322/CNS	10,75%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	
Percentual aplicado pelo Estado de Mato Grosso em Saúde de acordo com o SIOPS	9,09%	11,01%	11,19%	11,07%	11,90%	11,24%	11,66%	12,28%	12,97%	
Percentual aplicado pelo Estado de Mato Grosso em Saúde de acordo com o Relatório Resumido da Execução Orçamentária - RREO	8,44%	12,59%	12,52%	12,28%	12,80%	12,39%	14,51%	13,22%	12,26	
Perdas da Receita	41.642.032,84	33.410.034,83	35.624.501,20	29.379.753,72	35.560.976,23	44.523.388,49	41.484.676,58	49.844.088,64	3.917.482,74	315.386.935,27

Fonte: Elaboração da autora a partir do SIOPS e Balanço Geral do Estado. Em 2003 conforme CONASS o mínimo a ser aplicado seria de 10,75%.

As despesas que não deveriam ser contempladas no orçamento da SES serão analisadas nos indicadores que tratam dos gastos em saúde.

Assim, no período de 2003 a 2011 a Secretaria de Estado de Saúde foi financiada pelos recursos provenientes da Emenda Constitucional n. 29/00, denominada dentro do orçamento do Estado como Fonte 134 – Recursos para Apoio ao Desenvolvimento das Atividades Ambulatoriais, e pela fonte de recurso referente à parte que compete à União no financiamento do SUS, denominado no orçamento como Fonte 126 - Recursos para Apoio ao Desenvolvimento das Atividades Ambulatoriais até 2007, e, posteriormente, apresentado pelo código 112 - Recursos para Apoio das Ações e Serviços de Saúde.

Apesar de serem as duas maiores fontes de recursos para SES, existe também mais duas fontes de recursos: a primeira trata dos recursos arrecadados em virtude da ação da vigilância sanitária, Fonte 240 – Recursos Próprios, e a fonte de recurso provenientes de convênios formalizados junto ao Ministério da Saúde, Fonte 261 – Recursos de Convênios com Outra Esfera de Governo e Entidades não Governamentais Firmados pela Administração Direta.

Ao analisarmos os valores propostos nas Leis Orçamentárias Anuais para a Secretaria de Estado de Saúde, pela fonte que atende a Emenda Constitucional n. 29/00, Fonte 134, os valores apresentaram evolução positiva na maioria dos anos, com exceção do exercício de 2007, que apresentou redução de 12,05%, em comparação a 2006.

Esse conservadorismo na previsão da receita pode ser consequência da redução na arrecadação em 2006, conforme já mencionada anteriormente. O ICMS previsto para 2007 apresentou redução de 22,59% em relação ao valor previsto em 2006 (Tabela 9).

Para os demais tributos decorreu pouca redução de um exercício para outro, a exceção das previsões sobre os juros, mora e receita da dívida dos tributos e o imposto sobre Transmissão *Causa Mortis* e Doações, que apresentaram mais de dois exercícios, sendo que os demais possuem valores mais representativos (ICMS, FPE e IPVA) havendo redução apenas em um exercício (Tabela 9).

Portanto, ao contrário do que acontece na União, onde a saúde é financiada pelas contribuições, no estado de Mato Grosso são os impostos os maiores responsáveis. Entretanto, apesar de não terem a mesma base tributária, a

focalização ou restrição em apenas um tipo de tributo dificulta a ampliação dos recursos destinados à Saúde pelos três entes federados.

Outro ponto a ser observado é que, mesmo a Emenda Constitucional definindo como mínimo os percentuais a serem aplicados, não há por parte do Estado ampliação deste percentual, que poderia ocorrer se fossem consideradas outras variáveis, como perfil epidemiológico da população e/ou sua análise situacional de saúde.

Desta maneira, há uma variação expressiva entre 2003 para 2004, com crescimento de 21%, pois terminava o período de transição para que os Estado cumprissem, de fato, os 12%, nos demais anos, focando essa ampliação, em média, 6,11% (Tabela 9).

Se observarmos o IPCA desse período, de acordo com o IBGE, a média foi de 5,86%; então, podemos concluir que os 6% apurados acima nada mais são que a correção da inflação, não havendo aumento real de recursos alocados para a Secretaria de Estado de Saúde.

Tabela 9 Valores Previstos para os tributos que compõem a EC n.29/00 e valores previstos na Lei Orçamentária Anual - LOA da Secretaria de Estado de Saúde, período 2003 a 2011, valores arrecadados e deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Exercício	ICMS	FPE	IPVA	ITCMD	IPI	Receita da Dívida Ativa de Impostos	Multas e Juros de Mora de Impostos e da Dívida Ativa	LOA - Fonte EC n° 29/00	Variação (%)
2003	4.300.539.694,49	934.915.260,44	207.116.033,03	2.603.919,25	20.782.662,93	7.918.757,25	17.266.253,20	436.387.385,27	-
2004	4.424.226.517,33	801.515.072,21	178.017.602,22	6.636.098,01	28.793.852,38	176.354.333,84	18.779.302,93	529.428.331,18	21,32
2005	5.090.722.626,18	901.968.321,95	184.284.577,97	8.720.723,98	32.537.700,16	26.644.440,45	47.761.120,75	581.494.752,98	9,83
2006	5.599.548.391,14	937.028.260,95	184.844.234,19	8.412.324,19	36.654.663,03	58.343.521,36	47.333.087,30	631.863.963,49	8,66
2007	4.334.737.788,20	1.239.116.104,45	202.544.338,87	8.523.620,54	41.304.692,22	15.066.598,70	40.222.806,40	555.739.495,62	-12,05
2008	5.127.637.127,03	1.277.527.725,18	233.563.762,10	9.329.412,78	43.001.684,91	14.911.503,85	39.808.756,90	633.819.900,55	14,05
2009	5.449.402.743,35	1.320.332.475,86	224.838.797,01	8.743.826,71	38.659.530,84	22.933.386,60	52.953.224,40	666.929.834,71	5,22
2010	5.559.055.167,86	1.315.602.383,13	268.062.673,09	21.887.596,05	46.060.485,97	28.350.172,67	57.558.657,56	681.086.889,14	2,12
2011	5.947.980.907,52	1.444.496.781,30	363.052.188,72	28.627.380,44	52.570.719,28	37.759.542,46	131.441.671,79	782.882.909,49	14,95

Fonte: Elaboração da autora a partir do Balanço Geral do Estado e SIG-MT

Ligando:  Variação positiva  Variação negativa.

Analisando a participação das fontes de receita prevista para Secretaria de Estado de Saúde, incluindo os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde por meio do Fundo Nacional de Saúde e as demais fontes de recursos (arrecadação da vigilância sanitária e convênios), em primeiro lugar é possível observar que os recursos aplicados pelo Estado cresceram significativamente em valores reais (Gráfico 09).

De 2000 a 2002, os recursos do Ministério da Saúde representaram entre 40 a 51% do recurso total previsto na Lei Orçamentária Anual da Secretaria de Estado de Saúde, sendo que a partir de 2003 essa participação diminuiu gradativamente, tendo o seu menor valor em 2009, com participação de 21% (Gráfico 09).

O mesmo movimento de redução pode ser observado nos recursos provenientes das fontes de Convênios e pela arrecadação da vigilância sanitária. Uma possível explicação foi a mudança na forma de transferência realizada pelo

Fundo Nacional de Saúde desde as NOBs, dando preferência à modalidade fundo-a-fundo, ou seja, recursos sendo transferidos do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde, sem a necessidade de formalização de convênios (Gráfico 09).

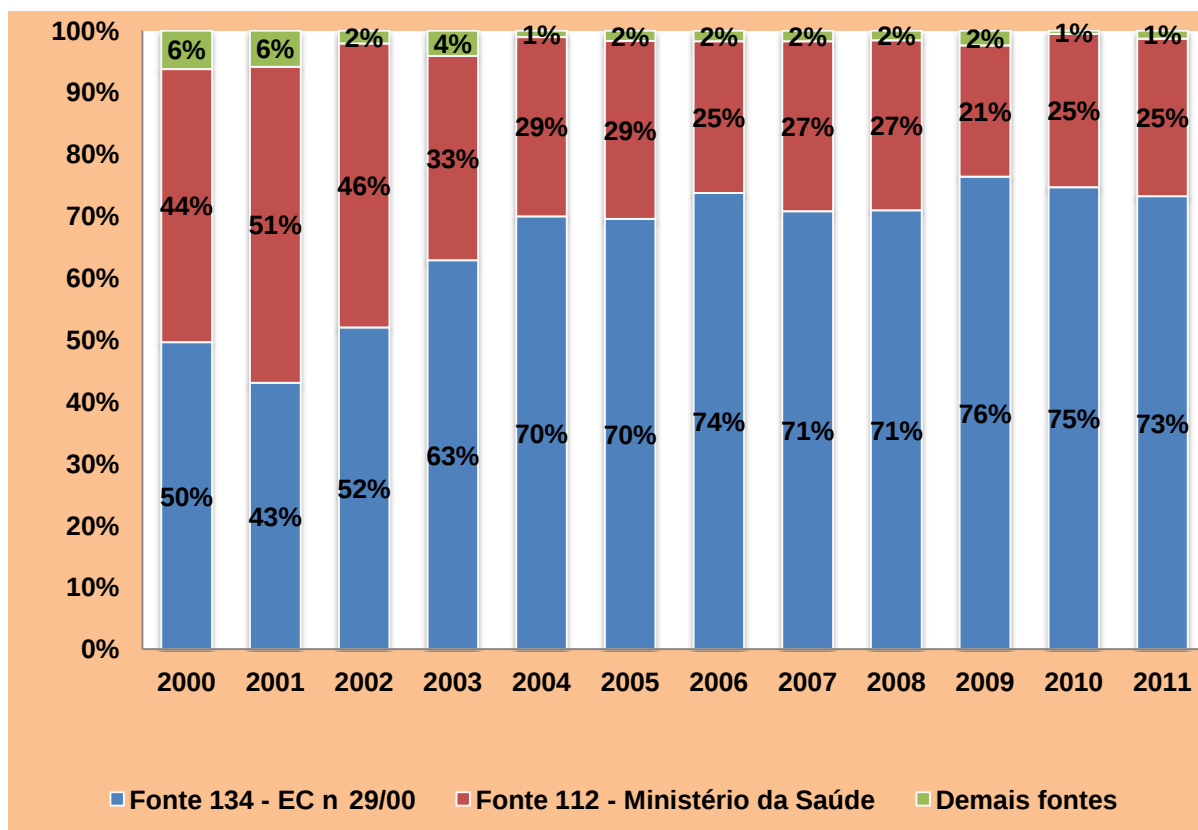


Gráfico 09. Participação das Fontes de Receita na Lei Orçamentária Anual da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, no período de 2000 a 2011, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Fonte: Elaboração da autora a partir do Balanço Geral do Estado e SIG-MT.

Após a Emenda Constitucional n. 29/2000, o Estado de Mato Grosso ampliou consideravelmente o financiamento do SUS, passando, de 50%, para 73%, em 2011, sendo 2009 o ano de maior participação, com 76% sobre a receita total da Lei Orçamentária Anual da Secretaria de Estado de Saúde – SES.

Essa ampliação foi constatada ao verificarmos os valores *per capita* projetados pelo Estado com recursos próprios, que, em 2003, era de R\$ 164,59 (cento sessenta quatro reais e cinquenta nove centavos), passando para R\$ 254, 52 (duzentos cinquenta quatro reais e cinquenta dois centavos), em 2011 (Tabela 10).

Entretanto, quando analisamos a participação destes mesmos recursos próprios sobre tudo o que foi produzido pelo estado de Mato Grosso, é pequena a

representatividade dos gastos em saúde e pouca variação de um exercício para outro, não ultrapassando, em média, 1% do PIB. (Tabela 10).

Tabela 10. Cálculo da Receita per capita com recursos próprios e % sobre o PIB de acordo com receita prevista na LOA da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, no período de 2003 a 2011, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Ano	Receita LOA - EC nº 29/00	População	PIB	Percapita	% DO PIB
2003	436.387.385,27	2.651.313	58.345.335.470,99	164,59	0,75%
2004	529.428.331,18	2.759.134	62.970.107.284,35	191,88	0,84%
2005	581.494.752,98	2.803.274	58.344.659.771,54	207,43	1,00%
2006	631.863.963,49	2.807.482	51.814.699.580,38	225,06	1,22%
2007	555.739.495,62	2.854.642	61.669.289.297,42	194,68	0,90%
2008	633.819.900,55	3.009.571	73.396.668.851,50	210,60	0,86%
2009	666.929.834,71	3.057.261	70.815.235.456,11	218,15	0,94%
2010	681.086.889,14	3.035.122	72.368.791.076,06	224,40	0,94%
2011 (*)	782.882.909,49	3.075.862		254,52	

Fonte: Fonte: Elaboração da autora a partir do Anuário Estatístico de Mato Grosso, IBGE - Contagem Populacional e Estimativa e SIG-MT.

* Em 2011 até a data da análise não havia sido calculado o PIB do Estado.

Portanto, mesmo apresentando avanços após a Emenda Constitucional n. 29/00, no que tange à ampliação dos recursos, principalmente por parte dos Estados e municípios, já que segundo Salvador (2010) a União diminuiu sua participação no financiamento do SUS pós-EC n. 29/00, verificou-se ampliação por parte do Estado de Mato Grosso na previsão da receita *per capita*, porém, em relação ao PIB ficou praticamente inalterada.

Essa estagnação da receita estadual para a saúde, em relação ao PIB, pode ser relacionada à interpretação reducionista da regra imposta pela EC 29 para o reajuste do valor aplicado em saúde pelo governo, quando o mínimo passa a ser o máximo.

Assim, mesmo diante de um cenário que poderia ser melhor no que se refere aos recursos alocados para o SUS, no ano de 2001, em virtude da ampliação dos recursos, consequência direta da EC n. 29/00, Mato Grosso, como foi analisado na seção anterior, instituiu, por meio do Decreto Estadual N, 2.312/2001, de 12 de fevereiro de 2001, o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos do Fundo Estadual para os Fundos Municipais e, pela Portaria 26/2001, reestruturou o Programa de Apoio à Saúde da Família e Comunitária, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estadual.

A nova portaria alterou significativamente o objetivo da transferência realizada até então, deixando de ser prêmio, pelo cumprimento das metas estabelecidas entre Estado e município, e passando a ser um incentivo à ampliação no número de equipes Estratégia Saúde da Família nos municípios mato-grossenses, pois, além dos valores iniciais a serem recebidos por equipe implantada de acordo com a cobertura alcançada, esse mesmo recurso teve um acréscimo de até 100%.

Portanto, para os municípios que estão localizados nas regiões do Baixo Araguaia e Nordeste Mato-grossense, o valor por equipe Saúde da Família era de R\$ 24.000,00 (vinte e quatro mil reais) anuais, sendo que para demais municípios do Estado o valor era de R\$ 14.400,00 (quatorze mil e quatrocentos reais) anuais por equipe.

Esses montantes poderiam ser acrescidos em 100%, caso atingissem determinada cobertura de acordo com o número de habitantes, sendo:

[...] 50% (cinquenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os municípios com população igual ou superior a 30.000 habitantes; b) 60% (sessenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os municípios com população maior ou igual a 10.000 habitantes e inferiores a 30.000 habitantes; c) 70% (setenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os municípios com população inferior a 10.000 habitantes. (MATO GROSSO, 2001).

Em 2003, foi publicada a Portaria n. 106, de 17/06/2003, que duplicou os valores iniciais, passando para R\$ 48.000,00 (quarenta oito mil reais) anuais para os municípios que pertencessem às regiões do Baixo Araguaia e do Norte Mato grossense, sendo que para os demais o valor passou a ser de R\$ 28.800 (vinte e oito mil e oitocentos reais) anuais por equipe.

Os critérios para o acréscimo em até 100% desses recursos também sofreu alteração, sendo:

[...] 30% (trinta por cento) ou mais de cobertura populacional para os municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes; 50% (cinquenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os municípios com população igual ou superior a 30.000 habitantes; 60% (sessenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os municípios com população maior ou igual a 10.000 habitantes e inferior a 30.000 habitantes; 70% (setenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os municípios com população inferior a 10.000 habitantes. (MATO GROSSO, 1003, p. 2)

A fonte que financiou o Programa de Apoio à Saúde da Família e Comunitária, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em Mato Grosso foram os recursos originados pela Emenda Constitucional n. 29/00, ou os recursos próprios do Estado.

As metas previstas para expansão da Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso sempre previram o avançar dessa política. Em 2003, a meta final do PES 2000-2003 era implantar 250 equipes de Saúde da Família, cobrindo, assim, 50% da população. Essa evolução foi mantida e reafirmada, tanto no Plano Plurianual - PPA como no Plano Estadual de Saúde (PES) 2004-2007, onde a meta prevista para 2007 era a expansão de 155 equipes de Saúde da Família (MATO GROSSO, 2000 e 2003).

No PPA e PES 2008-2011, a meta prevista continua buscando a consolidação e ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde, por meio da Saúde da Família, com a ampliação da cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família, de 1.816.403, para 2.070.480 habitantes chegando a 70% em proporção à população coberta pelas equipes de saúde da família

Apesar das metas estabelecidas serem sempre para a ampliação do número de equipes de Saúde da Família em Mato Grosso, ao analisar os valores previstos na LOA verificam oscilações durante todo o período, com apresentação de redução de um ano para outro, na maioria dos exercícios.

De 2003 para 2004, a Secretaria apresentou redução de, aproximadamente, R\$ 4 milhões de reais, 9,65% a menos que em 2004. Esse comportamento permaneceu em 2005, com redução em torno de R\$ 4 milhões de reais. Para 2006,

os recursos previstos foram maiores, com acréscimo de 20%, comparado ao previsto em 2005 (Gráfico 10).

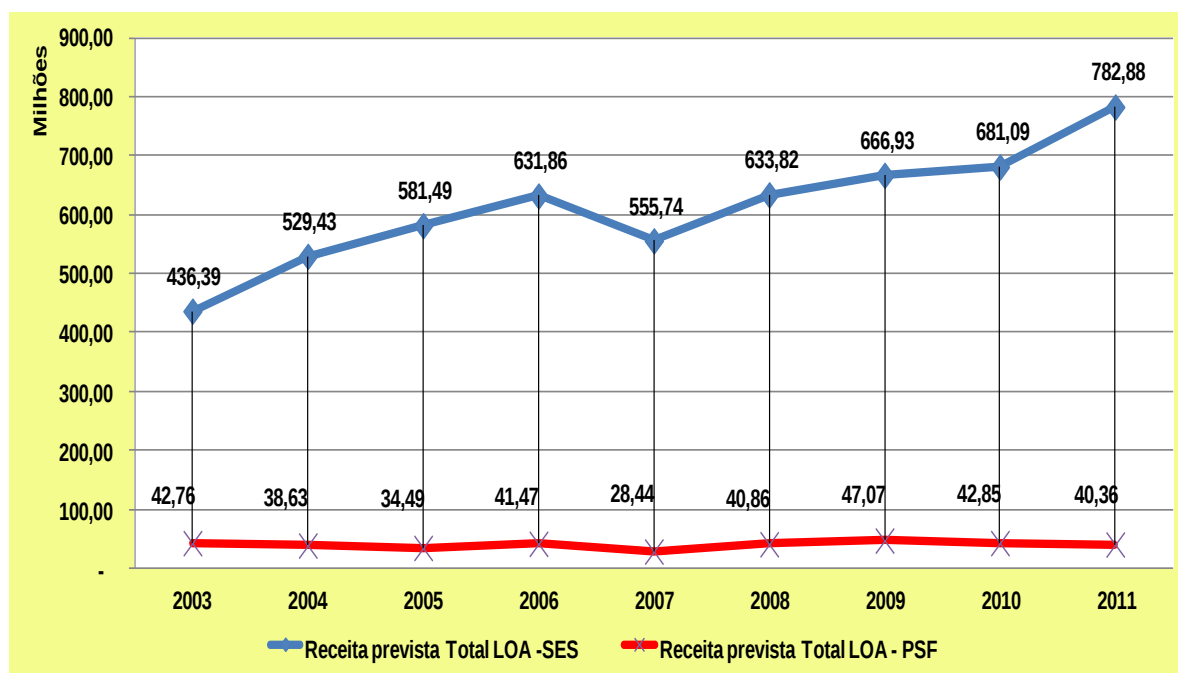


Gráfico 10. Receita Total prevista na LOA da Secretaria de Estado de Saúde, fonte proveniente da EC 29/00 e Receita prevista LOA para a Estratégia Saúde da Família, período de 2003 a 2011, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Fonte: Elaboração da autora a partir Balanço Geral do Estado e SIG-MT.

Entretanto, em 2007, semelhante ao que ocorreu com a Receita Total Prevista para SES, pela fonte da Emenda Constitucional n. 29/00 (fonte 134) ocorreu uma redução de R\$ 13 milhões de reais para os recursos destinados a Estratégia Saúde da Família (PSF), ou seja, 31% inferior ao previsto em 2006. Em 2008, apesar da crise econômica mundial, Mato Grosso melhorou sua estimativa de arrecadação, apresentando acréscimo de R\$ 12 milhões de reais para a Estratégia (Gráfico 10).

Manteve esse comportamento de ampliação de recursos para 2009, com acréscimo de 15% em relação a 2008. Porém, a partir de 2010 a previsão apresentou redução significativa e constante, chegando em 2011 com recursos previstos menores do que o apresentado em 2003 (Gráfico 10).

Essa tendência de redução dos valores destinados a Estratégia Saúde da Família, não se justifica, se observamos o comportamento da Receita Total prevista nas LOAs para a Secretaria de Estado de Saúde na fonte de recursos que atende a Emenda Constitucional n. 29/00 (fonte 134), havendo uma variação de 7,12% positiva, em média, no período analisado, somente o exercício de 2007 apresentou redução (Gráfico 10).

Se observarmos a metas previstas durante esse período quanto ao número de equipes mantidas e ampliadas e a proporção da população coberta pela Estratégia, a redução dos valores ano a ano, com exceção de 2006, 2008 e 2009, não comportaria a realização das mesmas.

Assim, a partir dos indicadores que trataram dos gastos, direção e magnitude, torna-se possível identificar e analisar se houve alterações nesse cenário sobre as receitas previstas que justifiquem o cumprimento ou não das metas propostas, e se, conseqüentemente, a população está, de fato, tendo acesso às ações e serviços de saúde por meio da Estratégia Saúde da Família nos municípios mato-grossenses.

3.3 A DIREÇÃO DOS GASTOS DO SUS MATO GROSSO.

Os gastos públicos eram vistos, até Keynes, como improdutivos no que tange à não geração de riquezas, mas apenas como forma de manutenção das monarquias e seus servidores. Keynes desconstruiu essa ideia a partir da crise de 1930, ao argumentar que o Estado precisava intervir, por meio do aumento da despesa pública, para que fosse possível garantir um determinado nível de renda nacional, o restabelecimento da demanda agregada e, conseqüentemente, a geração de emprego e renda (OLIVEIRA, F. A. 2009).

Mesmo sendo atacado a partir da crise de 1970, o conceito foi utilizado como argumento para explicar a crise fiscal que se instalara, justificando a existência do Estado mínimo, como defendiam os neoliberais, porém ele não seria sinônimo de menores cargas tributárias e muito menos de redução dos gastos públicos.

Portanto, são as peças orçamentárias que demonstraram quem esse Estado atendia, segundo Oliveira F. A. (2009, p. 122-123):

A distribuição dessa expressiva – e crescente – parte da riqueza que é apropriada pelo Estado, mediante tributação, entre as classes, frações de classes, regiões e setores da sociedade, é decidida durante as fases do processo de elaboração, discussão e aprovação da peça orçamentária, pelos poderes Executivo e Legislativo, onde essas forças se encontram politicamente representadas, transformando-o, portanto, na arena em que essas escolhas são realizadas e, portanto, em que são definidos os beneficiários desses gastos.

Como vimos no indicador anterior, se o sistema tributário brasileiro é regressivo, ou seja, quem paga a conta é a classe trabalhadora e os mais pobres, a distribuição do orçamento deveria, em grande parte, atender a essa parcela da população, já que constituem seus os principais financiadores.

Assim, seriam as políticas sociais as maiores detentoras do fundo público especialmente a política de saúde, a que esse trabalho se dedica a estudar, portanto, ao analisar o destino dos gastos teremos como resposta como estão e se os mesmos priorizaram a saúde no contexto global do orçamento público.

Entretanto, antes de iniciarmos a análise sobre a direção dos orçamentos do estado de Mato Grosso, algumas teorias ou escolas ponderam que, conforme a atuação do Estado sobre o orçamento, é possível identificarmos qual função o mesmo exerceu.

Segundo a teoria tradicional, há três funções que podem ser exercidas pelo orçamento: a função alocativa de recursos ocorre quando o mercado não consegue disponibilizar alguns serviços à sociedade e, então, o Estado precisa intervir ofertando esses serviços à base dos impostos arrecadados. Uma característica desses serviços está no fato de não ser possível sua mensuração individual, já que se tratam de “consumo não rival”, ou seja, independe de quantas pessoas consumam, não há diminuição dos serviços, a exemplo da segurança pública, iluminação pública etc. (OLIVEIRA, F. A. 2009).

Na função distributiva, houve também falha do mercado e o Estado, por meio dos seus gastos, precisou intervir para que ocorresse melhor distribuição de renda e oferta dos serviços considerados “bens semipúblicos”, a exemplo da educação, saúde e saneamento. Estes são considerados bens semipúblicos porque, mesmo sendo possível sua medição individual, adquiri-los no mercado e se consumo coletivo, não prejudica a quantidade disponível, entretanto, a importância desses

serviços para a sociedade e principalmente para quem não tem renda suficiente para adquiri-los, faz com que sejam ofertados pelo Estado (OLIVEIRA, F. A. 2009).

E, por último, temos a função estabilizadora que tem como objetivo, por meio das políticas fiscais e monetárias, buscar a estabilidade econômica, evitando o desemprego e a inflação, incentivando a demanda efetiva e, assim, mantendo a economia em expansão (OLIVEIRA, F. A. 2009).

As duas últimas funções foram realmente colocadas em prática no Estado Keynesiano, na formação do Estado de Bem-Estar, após a crise de 1930. Na América Latina, esse Estado recebeu o nome “Estado Desenvolvimentista” (OLIVEIRA, F. A. 2009).

A combinação das três funções tornaria perfeito o orçamento público e o papel desempenhado pelo Estado, entretanto, os autores que trabalharam com essa possibilidade desconsideram a existência de uma estrutura social formada por classes sociais que não possuíam a mesma história, nem os mesmos objetivos e muito menos as mesmas necessidades. Dessa forma, desconsiderar essas diferenças é imaginar um Estado perfeito na definição das prioridades a serem atendidas pelo orçamento, o que não se apresenta como possível.

Portanto, em virtude das diferentes necessidades e realidades na sociedade, temos um Estado que desenvolveu duas funções básicas, a primeira da acumulação, ao garantir a taxa de lucro ao capital, e a segunda a legitimação, que garantiria ao trabalhador certa condição de vida e que atenderia também ao capital, ao possibilitar a sua reprodução, ou seja, um governo do capital. (PRZEWORSKY, 1995).

O resultado da execução dessas duas funções foram as “[...] crises geradas pelas próprias contradições do sistema, e os déficits fiscais [...] não resultam da ação egoísta dos indivíduos, [...], mas das próprias necessidades de sobrevivência e reprodução do sistema”. (OLIVEIRA, F. A. 2009, p. 130).

Nesse novo estágio da economia, agora globalizada, a intervenção do Estado ganhou novas estruturas, o orçamento público passou a atender uma:

[...] nova etapa de desenvolvimento do capitalismo, que é a de garantir a sustentabilidade da dívida e o pagamento de seus encargos, por meio da geração de superávits fiscais, mesmo que, se necessários, tendo de comprometer/sacrificar políticas essenciais para o desenvolvimento sustentado. (OLIVEIRA, F. A. 2009, p. 134).

Assim, além de concorrer com a função de acumulação, as políticas sociais possuíam à frente mais um desafio, a financeirização do capital e sua crescente participação nos orçamentos públicos.

Identificar, nos gastos públicos, qual função mais desempenhada pelo Estado, qual grupo ou classe social foi melhor atendido em seus anseios e se o que foi planejado e declarado nos instrumentos de planejamento foram cumpridos, é possível pelas normas que regem e disciplinam a elaboração, execução e avaliação das peças que contemplam o orçamento público, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

No caso do Brasil, além da Constituição Federal de 1988, a Lei 4.320/1964, suas alterações e outras normativas lançadas *a posteriori* disciplinaram a organização dos orçamentos públicos.

Mato Grosso, por meio dos Manuais Técnicos de Elaboração do Plano de Trabalho Anual e da Lei Orçamentária Anual do Estado (PTA/LOA), informou que o Estado seguiu a referida Lei, a Portaria MOG n. 42, de 1999, a Portaria Interministerial n. 163, de 2001 e suas alterações (MATO GROSSO, 2012).

Assim, por meio desse conjunto legislativo é possível visualizar, no orçamento, o que estava previsto, suas suplementações, anulações, o quanto foi empenhado, liquidado e pago por poder, por Instituição, por Função e Subfunção de Governo, por Programa, por Projeto e/ou Atividade e pela categoria econômica (MATO GROSSO, 2012).

Por exemplo, ao utilizar a classificação programática, é possível identificar e vincular as dotações orçamentárias e relacioná-las às ações do governo e seus objetivos, por meio dos Programas, Atividades e Projetos, ligando o planejamento ao orçamento. Já pela classificação funcional é possível “fornecer as bases para a apresentação de dados e estatísticas sobre os gastos públicos por área de ação governamental nas três esferas de Governo”. (MATO GROSSO, 2012, p. 39).

A classificação funcional foi instituída pela Portaria n. 42, de 14 de abril de 1999, e deveria ser seguida pelos três entes federados; já para a classificação programática não havia padronização definida, cada governo elaborava o seu conjunto de Programas, Projeto e Atividades de acordo com seus objetivos (OLIVEIRA, F. A. 2009).

Portanto, ao se analisar o orçamento de Mato Grosso, por meio da sua classificação funcional, pode-se observar que valor total pago pelo Estado nesses

nove anos apresentou um crescimento médio de 45%, sendo que a execução média, ou seja, o valor pago sobre orçamento autorizado final, ficou em torno 77,75% (Tabela 11).

As funções podem ser divididas de acordo com a área de atuação, então, temos aquelas que atenderam as atividades de governo, Legislativa, Judiciária, Administração e Essencial à Justiça. Em comparação aos demais grupos de funções, estas foram a que tiveram maior incremento de recursos, em 2003, ficando o valor pago em um bilhão e trezentos trinta sete milhões de reais, passando para dois bilhões e duzentos sessenta oito milhões de reais, em 2011, 69,54% a mais. Também é neste grupo o melhor percentual de execução do orçamento, 87,88%, sendo que em média o orçamento autorizado final disponível foi executado (Tabela 11) (OLIVEIRA, F. A. 2009).

As funções que atenderam aos programas sociais, como Educação, Saúde, Segurança Pública, Assistência Social, Previdência Social, Trabalho, Cultura, Direito a Cidadania, Urbanismo, Habitação, Saneamento, Desporto e Lazer, apresentaram o segundo maior acréscimo de gastos. De 2003 a 2011, houve uma ampliação 61,01%, passando, de três bilhões quatrocentos vinte nove milhões de reais, para cinco bilhões e quinhentos vinte dois milhões de reais (Tabela 11).

Se desconsiderarmos a Função Previdência, pois a mesma representa o pagamento dos inativos e encargos do setor público estatal, essa variação, entre 2003 para 2011, ficou em torno de 61,47%.

Entretanto, esse grupo apresenta algumas contradições em áreas importantes para consolidação da Seguridade Social proposta na Constituição Federal. Das três políticas que integram a Seguridade Social, duas, Previdência e Saúde, apresentaram evolução abaixo do percentual de todo o grupo, obtendo, a saúde e a Previdência, um acréscimo real de 37,40% e 59,89%, respectivamente, de 2003 a 2011. Já a Assistência Social para esse mesmo período obteve uma redução de 74,22% nos valores alocados em 2003, cujo valor pago foi vinte nove milhões e oitocentos noventa nove mil reais e, em 2011, foi reduzido para sete milhões e setecentos oito mil reais.

Além da Assistência Social, a função Habitação também apresentou uma redução em 2011, se comparada a 2003, em torno de 56,82%. Apesar de apresentar acréscimos significativos no decorrer do período, a partir de 2007 a mesma apresentou oscilações com reduções sistemáticas (Tabela 11).

Porém, outras políticas importantes que estão inseridas nas funções cujas despesas relacionadas diretamente com a efetivação dos Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais - DHESCA's apresentaram crescimento significativo, como a Função Trabalho, com 111,93%, Cultura, com 244,68%, Direitos da Cidadania, 296,82%, e, por fim, Saneamento, com 257,88% (Tabela 11) (SALVADOR, 2010).

Um dado importante é a baixa execução orçamentária desse grupo, em torno de 64,83% do orçamento autorizado final pago pelo governo. Se desconsiderarmos novamente a Função Previdência, pois o pagamento dos inativos e a primeira obrigação para execução das despesas do Estado, assim como a despesa de pessoal e os encargos sociais, esse percentual reduziu para 57,18%.

O Manual para a elaboração do instrumento que avaliou a execução das Leis Orçamentárias Anuais do Estado, o Relatório de Ação Governamental (RAG) utilizou como ferramenta de análise a "Régua de Parâmetro", metodologia desenvolvida pela Associação Brasileira de Orçamento Público (ABOP) que procura avaliar a eficiência/eficácia dos resultados obtidos pelo Estado durante o exercício (Tabela 11) (MATO GROSSO, 2011).

Por esse parâmetro de medição, trabalha-se com as seguintes faixas: se a execução ocorrer entre 90,01% a 100%, o indicador é ótimo; Bom, se atingir a faixa entre 80,01% e 90,00%, ou ainda, a faixa entre 110,01% e 120,00%; Regular, se atingir a faixa entre 60,01% e 80,00%, ou ainda a faixa entre 120,01% e 140,00%; como Deficiente se atingir a faixa entre 40,01% e 60,00%, ou ainda, a faixa entre 140,01% e 160,00%; e será indicado como Altamente Deficiente caso atinja a faixa entre 0% e 40,00%, ou ainda, acima de 160,00% (MATO GROSSO, 2011).

Portanto, se seguir o que o Estado estabelece enquanto parâmetro para medir sua eficiência e eficácia, o desempenho para o grupo dos programas sociais será Regular, se retirada a Função Previdência, ficando o desempenho alcançado classificado como Deficiente. Consequentemente, o que estava planejado para ser entregue para a sociedade na forma de serviços e produtos foi abaixo do proposto, mesmo com recursos disponíveis para que isso ocorresse.

Desta forma, o grupo está duplamente prejudicado, somado ao fato que algumas políticas importantes, como as que formam o tripé da Seguridade Social, apresentem evolução abaixo da média do grupo, sendo que algumas até com

redução no valor pago, além da baixa execução, o que inviabiliza o alcance dos objetivos e metas propostos.

O terceiro grupo, que atende aos setores produtivos e a infraestrutura econômica, como Gestão Ambiental, Ciência e Tecnologia, Agricultura, Organização Agrária, Indústria, Comércio e Serviços, Comunicações, Energia e Transporte, apresentaram um variação de 44,08% entre 2003 e 2011 (Tabela 11).

Dos três grupos analisados, esse é o com menor participação nos gastos totais do Estado, em média, 7% sobre o valor pago total em todas as funções. Possui também uma execução que, conforme parâmetros estabelecidos pela metodologia da ABOP, são regulares, com 62,06% do orçamento autorizado final disponível pago (Tabela 11).

Se se considerar que o Estado de Mato Grosso tem como principal atividade econômica a agroindústria e a pecuária, o interessante desse grupo é que os valores destinados a políticas importantes para esse setor econômico, como as Funções Organização Agrária, Agricultura, Energia e Transporte, possuem pequena representatividade sobre o total pago pelo Estado, em média, 7%. A função Organização Agrária apresentou redução de 2003 para 2011, em 28,14% (Tabela 11).

Três funções apresentaram aumento exponencial na sua participação sobre o gasto total do Estado, Gestão Ambiental, Ciência e Tecnologia e Comércio e Serviços, 117,18%, 502,36% e 266,10%, respectivamente (Tabela 11).

Das três políticas que integraram a Seguridade Social, a com maior participação na despesa total paga pelo Estado foram: a Função Previdência, em média 10,78%, em segundo a Função Saúde, com 9,38% em média de participação, e, por último, a Assistência Social, com 0,15%.

Tabela 11 Funções orçamentária em valores pagos (2003-2011) do Estado de Mato Grosso, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Função	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		% De Crescimento - 2003 para 2011	% Média de Execução
	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçamento Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçamento Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçamento Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçamento Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçamento Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçamento Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçamento Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçamento Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçamento Final)		
01 LEGISLATIVA	305.426.655,77	97,20	297.356.678,53	95,41	312.453.348,33	95,10	327.031.473,47	96,05	368.038.030,56	95,79	389.574.747,50	95,18	389.988.937,69	94,73	444.553.234,98	98,76	495.647.324,13	98,46	62,28	96,30
02 JUDICIARIA	450.540.276,76	90,89	372.895.540,83	84,91	479.405.158,49	90,35	456.731.650,82	87,34	502.504.529,17	89,25	537.616.996,43	89,14	481.272.009,58	83,86	534.258.278,12	89,02	588.078.151,28	89,36	30,53	88,24
03 ESSENCIAL A JUSTICA	90.736.983,52	91,39	86.950.740,86	82,73	110.987.561,76	84,19	139.399.686,28	78,60	143.865.870,34	76,14	149.033.033,70	71,92	157.807.685,09	88,77	190.397.997,89	95,66	205.581.202,58	94,83	126,57	84,91
04 ADMINISTRACAO	491.101.355,12	71,30	482.273.665,35	83,79	411.997.934,40	84,91	445.501.630,09	79,92	840.737.449,28	87,42	736.050.792,84	79,67	688.094.922,95	83,25	997.569.202,59	84,09	978.835.682,62	84,24	99,31	82,06
Sub-total	1.337.805.271,17	87,69	1.239.476.625,38	86,71	1.314.844.002,98	88,64	1.368.664.440,67	85,48	1.855.145.879,35	87,15	1.812.275.570,46	83,98	1.717.163.555,31	87,65	2.166.778.713,58	91,88	2.268.142.360,60	91,72	69,54	87,88
06 SEGURANCA PUBLICA	654.674.007,10	86,96	581.352.400,80	79,42	658.542.543,95	79,24	690.642.299,76	85,40	556.778.702,31	82,44	901.972.054,79	85,42	963.165.646,98	83,97	1.057.134.417,01	90,82	1.132.878.066,01	87,79	73,04	84,61
08 ASSISTENCIA SOCIAL	29.899.890,66	74,16	19.970.476,03	73,94	15.713.073,51	84,34	6.874.278,48	65,40	4.600.649,81	70,10	10.262.467,50	91,02	13.435.612,75	85,56	14.135.524,61	92,98	7.708.739,20	78,00	74,22	79,50
09 PREVIDENCIA SOCIAL	978.653.299,98	97,15	777.674.525,46	88,17	751.021.546,34	90,61	771.482.017,36	86,68	890.757.473,89	91,14	993.537.340,52	88,72	1.056.428.539,77	89,53	1.359.664.911,29	96,78	1.564.742.478,68	97,02	59,89	91,75
10 SAUDE	675.312.559,51	78,51	757.286.718,12	81,76	778.316.504,46	85,82	784.886.198,92	86,50	913.588.382,91	86,22	1.034.437.431,99	89,97	978.340.455,08	89,48	953.536.262,17	91,53	927.890.252,74	83,07	37,40	85,87
11 TRABALHO	0,00	0,00	16.361.633,86	46,55	15.157.713,42	67,30	27.594.995,25	66,93	29.807.673,23	85,03	34.936.417,25	88,22	34.747.482,69	86,15	41.464.641,79	87,43	34.675.075,23	82,28	111,93	67,77
12 EDUCACAO	994.348.489,66	96,26	911.067.743,22	82,48	955.823.405,50	82,80	966.945.038,79	80,73	1.134.170.591,58	85,67	1.307.735.074,79	83,47	1.277.280.369,10	87,84	1.500.337.689,26	88,17	1.549.049.837,17	87,01	55,79	86,05
13 CULTURA	7.389.632,82	53,38	8.097.735,47	90,38	26.459.853,74	76,95	30.488.850,88	81,28	26.931.435,14	97,75	18.668.387,51	80,71	24.891.401,94	85,24	19.683.504,15	70,15	25.470.422,31	67,05	244,68	78,10
14 DIREITOS DA CIDADANIA	19.718.231,80	47,90	1.743.369,78	25,32	1.682.496,46	25,82	6.946.504,40	52,43	6.043.713,78	68,71	50.803.266,52	84,65	55.583.370,59	88,68	74.118.453,26	86,26	78.245.726,19	91,48	296,82	63,47
15 URBANISMO	0,00	0,00	0,00	0,00	28.160.889,91	87,09	60.113.950,77	51,52	85.882.981,47	66,92	135.635.332,98	66,87	16.702.223,19	62,29	68.400.430,83	36,81	41.384.895,51	42,86	46,96	46,04
16 HABITACAO	58.221.337,63	80,08	122.383.164,05	67,57	130.247.806,23	88,08	74.017.954,12	79,56	24.794.500,06	82,38	37.210.481,45	64,30	55.857.544,38	65,14	37.125.049,98	66,03	25.140.561,38	51,12	56,82	71,58
17 SANEAMENTO	0,00	0,00	957.007,03	19,33	89.438,87	27,52	5.732.136,21	62,39	4.597.751,61	70,50	1.703.855,12	8,34	10.284.871,47	11,56	0,00	0,00	3.424.910,44	8,87	257,88	23,17
27 DESPORTO E LAZER	11.708.241,71	85,01	11.349.972,96	82,01	10.990.967,25	65,84	35.474.794,16	54,10	32.476.527,95	57,85	18.029.674,39	60,11	22.759.234,37	79,08	61.936.371,67	13,23	132.083.592,97	16,36	1.028,12	57,07
Sub-total	3.429.925.690,86	51,20	3.208.244.746,59	54,58	3.372.206.239,66	66,30	3.461.199.019,12	66,57	3.710.430.383,74	73,90	4.544.931.784,78	69,31	4.509.476.752,30	69,62	5.187.537.255,01	67,25	5.522.694.557,84	64,71	61,01	64,83

Função		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		%De Crescimento - 2003 para 2011	% Média de Execução
		VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçament o Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçament o Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçament o Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçament o Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçament o Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçament o Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçament o Final)	VALOR PAGO	% EXECUÇÃO (Pago/Orçamento Final)				
18	GESTAO AMBIENTAL	38.738.961,88	69,69	35.590.749,35	55,25	32.011.922,29	48,54	69.359.809,57	79,47	56.847.754,98	76,03	74.164.354,38	74,59	72.866.097,81	68,84	90.622.777,87	79,34	84.132.480,35	88,63	117,18	71,16
19	CIENCIA E TECNOLOGIA	8.403.337,76	67,66	13.781.078,57	61,91	14.041.602,18	41,41	17.441.786,95	44,92	18.875.649,04	53,78	32.378.982,55	41,99	73.980.179,15	58,46	57.609.976,93	33,46	50.618.607,15	50,81	502,36	50,49
20	AGRICULTURA	105.855.824,94	79,66	89.200.341,38	77,34	91.618.120,17	78,44	98.784.905,75	74,73	103.819.551,44	71,91	111.218.713,31	75,63	122.915.163,98	65,16	132.677.114,47	78,34	137.372.073,30	74,31	29,77	75,06
21	ORGANIZACAO AGRARIA	16.095.394,53	83,63	20.832.525,80	79,78	17.796.187,20	78,76	11.211.091,82	76,28	9.567.967,81	77,80	10.817.431,98	68,02	11.290.167,01	54,74	17.100.678,24	53,88	11.566.008,96	59,68	28,14	70,29
22	INDUSTRIA	31.669.206,78	68,39	34.139.594,66	60,22	77.571.593,44	77,66	53.232.281,41	78,53	48.938.527,37	55,24	54.812.197,20	75,80	52.517.818,22	73,25	56.079.609,96	79,00	44.441.041,91	56,13	40,33	69,36
23	COMERCIO E SERVICOS	11.973.784,44	75,68	20.332.087,29	73,29	19.256.851,75	74,88	12.638.220,48	62,32	20.397.965,95	77,17	29.662.963,83	53,44	48.311.704,48	78,20	44.760.291,84	20,30	43.836.424,49	25,75	266,10	60,11
24	COMUNICACOES	14.150.393,17	85,93	26.485.704,36	97,64	36.911.372,97	99,62	28.496.664,45	98,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.630.730,96	23,05	39,01	45,02	
25	ENERGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		15.169.134,40	92,56	9.408.658,40	71,24	12.210.079,43	58,57	8.918.463,79	41,96	6.511.071,41	44,59	4.316.086,61	43,71	0,00	39,18
26	TRANSPORTE	362.503.789,51	74,32	451.938.687,86	81,29	410.297.126,19	93,40	404.857.987,70	81,82	465.141.702,80	91,11	477.987.073,48	80,84	776.628.354,12	63,06	520.952.003,92	67,85	464.295.204,76	67,58	28,08	77,92
Sub-total		589.390.693,02	67,22	692.300.769,26	65,19	699.504.776,18	65,86	711.191.882,53	76,62	732.997.777,80	63,81	803.251.796,16	58,76	1.167.427.948,56	55,96	926.313.524,64	50,75	849.208.658,49	54,41	44,08	62,06
28	ENCARGOS ESPECIAIS	2.753.540.668,78	97,94	2.473.638.504,93	97,78	2.525.775.947,23	96,93	2.359.254.962,97	89,13	2.475.085.770,27	97,98	2.930.372.804,98	94,99	3.018.556.938,94	98,36	3.043.561.641,38	97,57	3.120.914.733,11	95,38	13,34	96,23
TOTAL		8.110.662.323,83	76,01	7.613.660.646,15	76,06	7.912.330.966,05	79,43	7.900.310.305,28	79,45	8.773.659.811,16	80,71	10.090.831.956,39	76,76	10.412.625.195,11	77,90	11.324.191.134,60	76,86	11.760.960.310,05	76,55	45,01	77,75

Fonte: Elaboração a autora, com base no Balanço Geral do Estado e SIG-MT.

Essa baixa participação da Assistência Social pode ser explicada pela definição do tipo de despesas, as obrigatórias e as discricionárias. As obrigatórias são aquelas que o Estado não pode deixar de planejar, alocar recursos e executar, como é o caso da folha de pagamento dos servidores, ativos e inativos, encargos sociais, dívidas, transferências constitucionais e legais, precatórios, PIS/PASEP etc. Já as discricionárias são aquelas planejadas e que recebem alocação de recursos se houver disponibilidade e se forem prioritárias do governo em exercício, ou seja, estão subordinadas a decisões políticas e a concepção de uma gestão instrumental, de acordo com o modelo de Estado vigente, nesse caso, o gerencial.

Portanto, das três políticas, a Função Assistência Social é a única que não possui gastos mínimos obrigatórios nos serviços, como é o caso da Previdência e Saúde, o que é preocupante, já que os direitos podem deixar de serem cumpridos em virtude da não priorização da política no orçamento público (SALVADOR, 2010).

Nos três grupos, não está inclusa a Função Encargos Especiais Sociais, que contempla as despesas que não está associadas à entrega, pelo Estado, de qualquer serviço ou bem à sociedade. Estão inclusas nessa função as despesas relativas ao refinanciamento da Dívida Interna, refinanciamento da dívida externa, serviço da dívida interna, serviço da dívida externa, transferências, outros encargos especiais e transferências para a educação básica (MATO GROSSO, 2012).

Entretanto, é uma função que representou, em média nos nove anos analisados, 30% do total pago pelo Estado, além de possuir a melhor execução, com 96,23% do orçamento final autorizado e realizado ao final do exercício. Analisando o exercício de 2011, as despesas com Transferências e Serviço da Dívida representaram 90,75% do total pago pela Função Encargos Especiais (Gráfico 11)

As transferências constituem distribuição constitucional ou legal de receitas e transferências, aos municípios, de recursos destinados ao Fundo Partilhados de Investimentos Sociais (FUPIS) e Compensação Financeira Proveniente da Exploração Mineral, Recursos Hídricos e Petróleo e Recursos de Vinculações Constitucionais a Municípios.

O Serviço da Dívida Interna atende despesas, como amortizações e encargos da dívida.

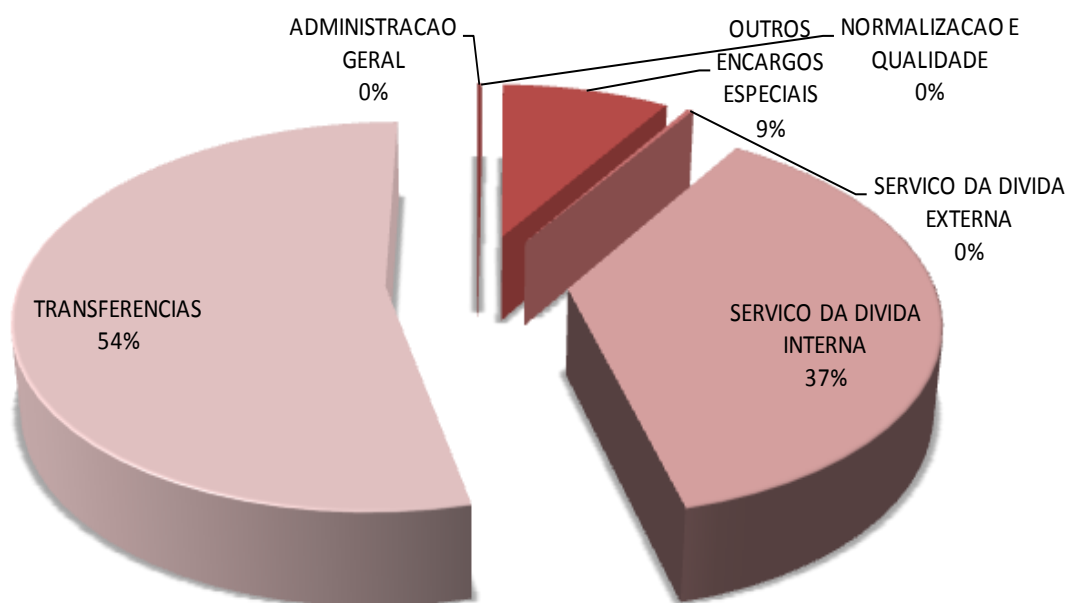


Gráfico 11. Distribuição dos valores pagos nas sub-funções referente a Função Encargos Especiais em 2011 pelo Estado de Mato Grosso

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do Balanço Geral do Estado e SIG-MT

Outra classificação que fornece informações sobre a direção dos gastos é a por categoria econômica, que responde à pergunta: “Qual o efeito econômico da realização da despesa?” (MATO GROSSO, 2012, p. 35). Isso porque, dependendo do comportamento dos recursos pagos, é possível identificar se o Estado está fomentando a geração de renda, controlando o índice inflacionário, contribuindo para o aumento do indicador Formação Bruta de Capital Fixo - FBCF etc.

Analisando os valores pagos por categoria econômica e suas subdivisões, o Mato Grosso gasta 81% do valor total pago, basicamente, em duas áreas: Pessoal e Encargos Sociais e Outras Despesas Correntes, ou seja, são gastos que garantem o “funcionamento da máquina pública e a oferta de serviços e [...] é por meio deles que mede a participação do governo no consumo global da economia”. (OLIVEIRA, F. A. 2009, p. 143).

Também é nessas duas subcategorias que ocorrem as maiores variações de 2003 para 2011, as despesas com pessoal e seus encargos sociais tiveram uma ampliação de 70,99%, passando, de três bilhões e quinhentos dezenove milhões de reais, em 2003, para seis bilhões e dezoito milhões de reais, em 2011 (Tabela 12).

As outras despesas correntes que integram material de consumo, outros serviços terceiros de pessoa jurídica, outros serviços de terceiros pessoa física, transferências aos municípios, diárias, passagens aéreas e terrestres, transferências, entre outras, obteve um acréscimo de 30,01%, de 2003 a 2011, passando, de três bilhões e trinta quatro milhões de reais, em ,para três bilhões e novecentos quarenta cinco milhões de reais, em 2011 (Tabela 12).

Tabela 12. Execução do Orçamento (valores pagos) Estado de Mato Grosso por Categoria Econômica e Subcategorias, 2003 e 2011, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Categoria Econômica/Sub-categoria		2003	2011	% Variação	% de Participação sobre o Total em 2003	% de Participação sobre o Total em 2011
Corrente	Pessoal e Encargos Sociais	3.519.727.789,74	6.018.545.102,65	70,99	43,40%	51,17%
Corrente	Juros e Encargos da Dívida	518.539.338,27	511.344.283,68	-1,39	6,39%	4,35%
Corrente	Outras Despesas Correntes	3.034.579.937,23	3.945.392.022,97	30,01	37,41%	33,55%
Sub-total		7.072.847.065,24	10.475.281.409,30	48,11	87,20%	89,07%
Capital	Investimentos	525.310.290,62	627.599.431,50	19,47	6,48%	5,34%
Capital	Inversões Financeiras	5.920.883,36	6.280.940,48	6,08	0,07%	0,05%
Capital	Amortização da Dívida	506.584.084,61	651.798.528,77	28,67	6,25%	5,54%
Sub-total		1.037.815.258,59	1.285.678.900,75	23,88	12,80%	10,93%
TOTAL		8.110.662.323,83	11.760.960.310,05	45,01	100,00%	100,00%
Participação da Despesa Corrente/Total		87,20%	89,07%			
Participação da Despesa Capital/Total		12,80%	10,93%			

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Balanço Geral do Estado e SIG-MT

Verifica-se pouca variação sobre a participação de cada subcategoria sobre o valor total pago em 2003, em relação a 2011, com exceção da subcategoria Pessoal e Encargos Sociais que teve sua participação aumentada, sendo que as demais apresentaram reduções. As despesas com Juros e Encargos da Dívida reduziram em 2%, Outras Despesas Correntes em 4%, Investimentos e Amortização da Dívida ambas em 1% e as Inversões Financeiras apenas 0,02% de redução de 2003 a 2011.

Fica evidente que o Estado investiu pouco, 11,86%, em média, sobre o valor total pago, ficando as despesas correntes com 88,14% dos recursos executados.

Entretanto, se analisados os Relatórios Resumidos da Execução Orçamentária relativos ao sexto bimestre de 2011 dos demais Estados que integram a Região Centro-Oeste, os números não são muito diferentes dos praticados em Mato Grosso.

Mato Grosso do Sul, em 2011, destinou 74,36% de seus recursos para as despesas correntes e, 16,05%, para as de capital. O Estado de Goiás é o que apresentou maior destinação de recursos para as despesas de capital, 18,07%, porém, analisando as subcategorias, boa parte desses recursos, 87,66%, foi destinada à Amortização da Dívida e às despesas correntes, com 77,54% dos recursos totais liquidados. O Distrito Federal é o que mais destinou recursos para as despesas correntes, 92,08%, ficando 7,92% para as despesas de capital.

Na União, esses números também não foram diferentes, 85,35% das despesas liquidadas nas correntes e 13,15% nas de capital, porém, assim como Goiás, 66,74% deles foram liquidados para a Amortização da Dívida.

Em Mato Grosso, o valor pago em 2011 para a Amortização da Dívida foi maior que o destinado a Investimento e Inversões Financeiras, o que, segundo Oliveira F. A. (2009, p.156), demonstra que:

[...] os avanços no espaço orçamentário dos ganhos do capital financeiro com a dívida pública, resultado da política econômica de elevadas taxas de juros, que se acentuaram com o Plano Real, combinado com o crescimento de algumas despesas obrigatórias – benefícios previdenciários e transferências para estados e municípios – tem restringindo, crescentemente, a capacidade de oferta do estado de políticas essenciais para o desenvolvimento principalmente por exigirem o sacrifício dos investimentos.

Assim, a partir dessa visão macro da direção dos gastos estaduais, mesmo apontado para um cenário com comprometimento de boa parte dos recursos para as despesas com Pessoal e Encargos Sociais e restritos na destinação de recursos para investimento, adequando à pergunta feita por Oliveira F. A. (2009): do que sobra do orçamento público e que é destinada à política pública de saúde no Estado atende ao objetivo de consolidar a Estratégia Saúde da Família nos municípios mato-grossense?

Na Seção anterior foi analisada a maneira como ocorreu a implantação da Estratégia em Mato Grosso por meio das normativas (leis, decretos, portarias etc.) e também pelos instrumentos de planejamento (Plano Estadual de Saúde e PPA).

Portanto, a partir dessa análise, somados os gastos executados, procuraremos responder à pergunta feita no parágrafo anterior.

Os orçamentos iniciais, os autorizados finais e o valor pago para que a Secretaria realizasse suas ações e serviços, assim como visualizado no indicador que tratou da origem desses recursos, apresentou oscilações durante todo o período analisado.

Na esfera macro do valor orçado (orçamento inicial), orçamento final autorizado (o inicial mais os créditos adicionais) e os valores pagos por todas as fontes de recursos, sendo deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012, verifica-se uma diferença significativa entre o orçamento final autorizado e o valor pago anualmente.

Entretanto, os valores pagos se aproximam do orçamento inicialmente proposto, ficando a média de execução, tendo como referência o valor proposto, é de 97,73%, reduzido para 86,17%, se considerarmos o orçamento final autorizado, ficando as perdas em 11%, pois esse orçamento estava à disposição para sua execução (Gráfico 12).

A Secretaria obteve um crescimento 57,33%, entre 2003 e 2011, passando de um orçamento inicial, de seiscentos noventa três milhões e novecentos sessenta um mil reais, para um bilhão e noventa um milhões de reais, em 2011 (Gráfico 12).

Todavia, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (INPC), também conhecido como IPCA, indicador oficial do Governo Federal para medir e acompanhar as metas inflacionárias, teve acumulado, de 2003 a 2011, o índice de 52,79%. Assim, o crescimento dos recursos para a saúde representa, de fato, penas a correção da inflação e não um acréscimo real de recursos.

A participação média da Secretaria de Estado de Saúde no orçamento inicial total do estado de Mato Grosso foi de 9,34%. Sobre o orçamento final autorizado, a representatividade da Secretaria reduz para 8,94%, mantendo esse mesmo percentual sobre o valor pago total do Estado.

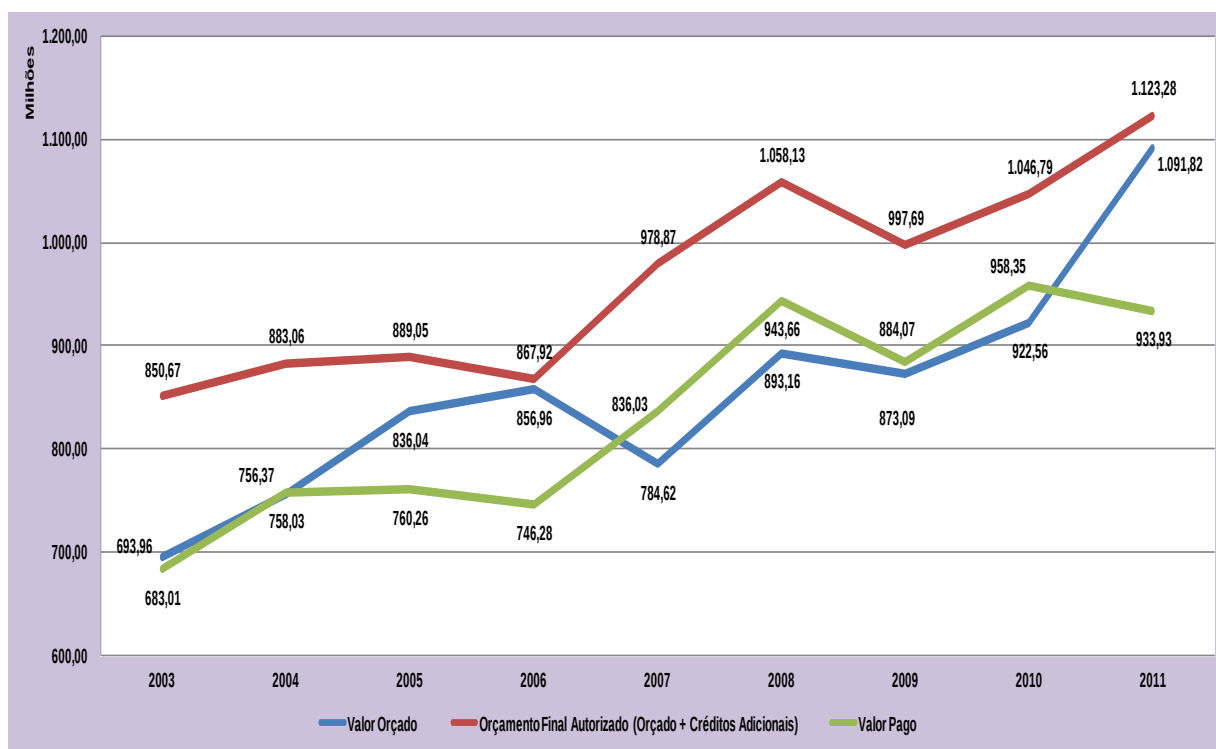


Gráfico 12. Evolução do orçamento da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, período de 2003 a 2011, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Balanço Geral do Estado e SIG-MT.

A Secretaria de Estado de Saúde apresentou três anos com redução nos valores pagos por todas as fontes em 2006, 2009 e 2011.

Detalhando esses números, de acordo com as fontes de recurso, podemos identificar que as duas maiores fontes que financiaram a SES variaram de forma igual nos anos, 2006 e 2009.

Entretanto, em 2011, a redução foi justificada pela queda nos pagamentos efetuados pelos recursos vindos do Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), as transferências foram organizadas por meio de Blocos de Financiamento, conforme definiu o Pacto pela Saúde, e dos recursos provenientes da arrecadação de taxas da vigilância sanitária e dos convênios formalizados também com o Ministério da Saúde, sendo esta última fonte a de maior redução, entre 2010 e 2011 (Tabela 13).

Portanto, como ocorreu no cenário econômico estadual, os gastos representados pelos valores pagos, principalmente pela Fonte do Tesouro do Estado, tiveram seus valores reduzidos nos anos de 2006 e de 2009, conforme

análise realizada no Indicador que trata da origem dos recursos, visto que 2006 iniciou com contingenciamento do orçamento e 2009 sofreu com o reflexo da crise econômica mundial a partir de 2008 (Tabela 13).

Tabela 13. Valores Pagos por fonte de recurso, 2003 e 2011, em milhões, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Exercício	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	% Variação de 2003 - 2011
Ministério da Saúde	241.201,71	194.161,68	194.671,28	187.118,23	200.382,52	241.682,63	213.596,61	215.578,64	194.556,79	-19,34
Tesouro do Estado - EC n. 29/00	424.801,21	553.919,01	564.358,40	551.336,58	632.486,87	696.601,48	663.981,36	717.832,48	738.346,23	73,81
Diversos (Vig. Sanitária, Convênios e outras)	17.004,95	9.950,15	1.226,92	7.822,80	3.165,18	5.376,53	6.495,01	24.943,27	1.031,74	-93,93
VALOR TOTAL - SES	683.007,86	758.030,83	760.256,61	746.277,61	836.034,57	943.660,64	884.072,99	958.354,39	933.934,76	36,74

Fonte: Elaboração da autora a partir do Balanço Geral do Estado e SIG-MT.

Apesar das reduções ao longo de três anos, a SES apresentou incremento de recursos nesse período, visto a distribuição dos mesmos nas sub-funções planejadas na Lei Orçamentária Anual, lembrando que as subfunções constituíam uma “[...] agregação de determinado subconjunto de despesas e identificação da natureza básica das ações que se aglutinam em torno das funções”. (MATO GROSSO, 2012, p. 39). Numa fase intermediária poderá ser analisado o destino dos gastos públicos em saúde no estado de Mato Grosso.

Dentre as sub-funções, as que apresentaram maior variação, de 2003 a 2011, foram as sub-funções Administração Geral, com 105,75%, Formação de Recursos Humanos com incremento, com 246,79%, Suporte Profilático e Terapêutico, com variação de 92,25%, e Vigilância Epidemiológica, com 71,29% de aumento (Tabela 14).

Considerando que o SUS se realiza, em grande parte, em economês com o fator de produção “trabalho”, justifica-se a ampliação de duas das quatro sub-funções mencionadas, pois, na primeira está inclusa a despesa com folha de

pagamento e encargos sociais e na segunda estão as despesas referentes à qualificação e formação dos trabalhadores do SUS, tanto da Secretaria de Estado de Saúde como das Secretarias Municipais de Saúde.

Já a terceira subfunção Suporte Profilático e Terapêutico, que atende as despesas com aquisição, distribuição e suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral, mesmo ao final de 2011 apresentou uma variação positiva, com grande acréscimo de recursos.

Em 2004, o valor pago foi vinte oito milhões de reais; em 2008 esse valor passou para cento e três milhões de reais, reduzindo para noventa oito milhões em 2009, em 2010, o valor pago sobe novamente para cem milhões e em 2011 esse valor foi reduzido drasticamente para cinquenta quatro milhões de reais, ou 54,00% a menos que em 2010.

Analisando por elemento de despesa, verifica-se redução nos elementos que atenderam ao material de consumo e à distribuição gratuita. Em relação à primeira natureza de despesa, uma possível explicação para essa redução pode estar no fato de o Estado ter estabelecido, como forma de gestão, a transferência das unidades hospitalares próprias para as Organizações Sociais (OS). Assim, as despesas, que antes eram computadas discriminadamente no orçamento da SES, passaram a ser contempladas no valor global dos Contratos de Gestão entre a SES e a OS. Já em relação aos medicamentos distribuídos gratuitamente, o Relatório de Ação Governamental de 2011 apontou a não finalização dos processos licitatórios e entrega dos medicamentos pelas empresas para o devido pagamento dentro do orçamento anual, apesar de já empenhados.

As despesas com a Subfunção Previdenciária, até 2006 eram pagas pelo orçamento da Secretaria, o que estava em desacordo com a Emenda Constitucional n. 29/2000 e a Resolução n. 322/2003, mas, em 2006, com a aprovação da Lei Complementar n. 254/ 2006, que dispôs sobre a criação e organização do Fundo Previdenciário do Estado de Mato Grosso, essa despesa deixou de ser pagar pela SES, ficando a seu cargo apenas as obrigações patronais (Tabela 14).

Somadas as perdas na ordem de R\$ 315,00 milhões de reais, com a retirada de alguns tributos do cômputo da receita da SES, mais o que foi pago nos elementos de despesas com inativos, pensionistas e encargos patronais, na ordem de R\$ 84,00 milhões de reais, chega-se ao montante aproximado de R\$ 400,00 milhões de reais,

que deixaram de ser investidos em saúde pelo Estado no decorrer de nove anos e que estão em desacordo com a legislação vigente.

Tabela 14. Evolução dos Valores pagos e percentual de execução por Sub-funções, período e 2003 – 2011 valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Sub-funções	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		Variação 2003 - 2011	Média de Execução
	Valor Pago	% de Execução	Valor Pago	% de Execução	Valor Pago	% de Execução	Valor Pago	% de Execução	Valor Pago	% de Execução	Valor Pago	% de Execução	Valor Pago	% de Execução	Valor Pago	% de Execução	Valor Pago	% de Execução		
121 PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO	0,00	0,00%	98.548,80	91,38%	487.480,54	95,90%	707.756,76	59,13%	140.529,94	32,83%	205.856,16	90,95%	164.081,74	72,80%	62.791,85	63,68%	43.853,14	30,47%	-59,34	67,14%
122 ADMINISTRACAO GERAL	242.387.769,62	90,37%	274.678.201,78	88,88%	311.147.955,75	91,85%	309.013.488,39	89,28%	379.175.051,29	91,54%	440.769.914,91	92,67%	413.504.197,66	92,94%	471.038.805,46	96,85%	498.714.033,38	95,97%	105,75	92,26%
125 NORMALIZACAO E FISCALIZACAO	0,00	0,00%	0,00	0,00%	121.809,83	99,23%	57.542,31	31,90%	73.295,91	98,82%	51.796,24	97,06%	71.344,37	98,67%	99.988,14	91,90%	45.635,75	41,94%	-62,54	79,93%
126 TECNOLOGIA DA INFORMACAO	0,00	0,00%	8.659.016,35	61,84%	13.167.631,64	94,71%	9.234.507,08	93,26%	3.549.676,23	84,30%	7.112.690,94	65,69%	5.985.034,94	84,42%	4.254.757,73	76,09%	3.388.720,45	45,12%	-60,86	75,68%
128 FORMACAO DE RECURSOS HUMANOS	301.047,59	25,30%	2.882.045,71	77,86%	4.918.234,12	53,51%	8.956.411,82	80,94%	1.150.957,87	29,21%	1.671.496,97	54,31%	2.517.005,19	59,08%	2.221.062,50	52,71%	1.044.008,66	23,12%	246,79	50,67%
131 COMUNICACAO SOCIAL	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00		1.623.280,80	80,77%	2.396.200,96	96,69%	1.091.335,78	57,69%	1.632.475,79	98,12%	555.807,26	90,87%	832.910,70	58,48%	-48,69	80,44%
242 ASSISTENCIA AO PORTADOR DE DEFICIENCIA	2.813.833,26	52,68%	6.699.686,63	71,19%	11.134.201,60	88,55%	4.003.190,80	65,97%	3.875.934,44	67,64%	5.426.973,82	71,76%	2.258.812,52	35,96%	4.106.910,18	69,71%	3.174.521,86	33,64%	12,82	61,90%
272 PREVIDENCIADO REGIME ESTATUTARIO	20.844.599,96	94,57%	17.040.447,79	89,78%	18.630.334,02	91,86%	15.979.005,97	100,00%	917.750,86	91,24%	1.296.316,91	98,92%	1.694.800,57	97,14%	2.855.428,40	99,81%	4.095.262,27	99,13%	-80,35	95,83%
301 ATENCAO BASICA	60.386.634,48	82,12%	166.564.528,16	88,06%	50.749.867,45	89,16%	45.380.552,81	80,28%	57.884.033,77	89,73%	55.230.859,16	91,44%	60.402.480,81	92,43%	55.413.152,55	84,26%	38.779.164,77	73,89%	-35,78	85,71%
302 ASSISTENCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	339.078.022,48	73,96%	245.939.040,80	82,94%	299.530.858,54	80,43%	270.973.689,66	83,92%	310.682.417,80	82,29%	314.085.116,73	87,67%	284.021.159,49	87,04%	306.075.239,04	90,86%	320.831.375,13	79,05%	-5,38	83,13%
303 SUPORTE PROFILATICO E TERAPEUTICO	0,00	0,00%	28.342.125,15	86,63%	42.045.439,08	85,59%	69.859.103,45	88,28%	67.388.616,51	78,04%	103.744.288,76	89,86%	98.801.220,31	82,30%	100.905.319,06	82,27%	54.486.845,51	55,46%	92,25	81,05%
304 VIGILANCIA SANITARIA	0,00	0,00%	1.056.294,13	56,91%	1.340.387,84	34,61%	2.103.262,19	51,62%	1.798.612,38	50,18%	1.352.150,11	42,47%	1.931.485,04	58,01%	1.990.801,39	60,82%	1.027.669,06	31,07%	-2,71	48,21%
305 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	0,00	0,00%	3.213.085,37	71,39%	4.580.369,01	53,45%	6.347.235,25	60,04%	4.886.503,98	39,19%	9.547.212,78	52,59%	9.119.259,61	63,66%	6.811.627,02	65,97%	5.503.784,46	38,73%	71,29	55,63%
843 SERVICO DA DIVIDA INTERNA	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00		0,00		0,00	0,00%	2.086.526,95	99,19%	1.960.323,35	95,77%	1.989.893,59	91,63%	1.954.523,72	87,98%	-6,33	93,64%
846 OUTROS ENCARGOS ESPECIAIS	3.262.944,21	99,47%	2.826.211,78	94,11%	2.388.437,24	86,30%	2.040.167,97	93,28%	2.104.249,00	90,50%	0,00	0,00%	4.486,74	54,18%	5.696,20	82,24%	7.981,15	77,27%	-99,76	75,26%
OUTROS	13.926.854,41	74,83%	24.882,32	52,56%	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		-100,00	63,70%
TOTAL	683.001.706,00	80,29%	758.024.114,76	85,84%	760.243.006,68	0,86	746.279.195,25	85,98%	836.023.830,95	85,41%	943.672.536,20	89,18%	884.068.168,14	88,61%	958.387.280,37	91,55%	933.930.290,03	83,14%	36,74	86,17%

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do Balanço Geral do Estado e SIG-MT

Nos gráficos 13, 14 e 15 é possível visualizar a participação das sub-funções executadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso em três anos. Esse corte refere-se aos últimos anos dos Planos de Saúde - PES e dos Planos Plurianuais - PPA.

Foram agrupadas numa única parte as sub-funções que estão mais direcionadas à área meio, ressaltando que essa separação serve como meio para analisar, mais detalhadamente, as subfunções finalísticas, pois é nesse agrupamento que está incluída a despesa com a folha de pagamento, uma vez que não se executa nenhuma ação finalística sem pessoal.

Assim, as sub-funções que atendem aos programas que desenvolvem ações e serviços relacionados à área fim da saúde, ou seja, Assistência ao Portador de Deficiência, Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica com exceção da última, reduziram sua participação sobre o valor total pago pela SES ao final de 2011.

Analisando a subfunção Atenção Básica, objeto deste estudo, a mesma tinha uma participação, em 2003, de 9% sobre o total pago pela SES; em 2007, essa participação foi reduzida para 7%, chegando a 4% em 2011, o que pode explicar o não alcance sucessivo das metas estabelecidas nos referidos planos, que será analisada no nível de gasto por Programa e Ação.

Entretanto, também não podemos deixar de mencionar as reduções da participação da subfunção Assistência Ambulatorial e Hospitalar, crucial para a manutenção e ampliação de uma Rede de Atenção à Saúde do SUS que possibilite o acesso da população aos serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos. Em 2003, sua participação foi de 50%, em 2007, também sofreu redução, passando para 47%, em 2011, chegando a apenas 34% sobre o valor total pago pela Secretaria.

As vigilâncias apresentaram inexpressiva participação nos gastos da SES, o Suporte Profilático e Terapêutico saiu, de 0,00%, em 2003, para 8%, em 2007, reduzindo para 6%, em 2011. A explicação para essa redução generalizada foi o aumento expressivo das demais sub-funções, que saíram de um patamar de 41%, em 2003, para 47%, em 2007, chegando aos expressivos 55%, em 2011.

Dentre essas sub-funções agrupadas, é a Subfunção Administração Geral a com maior representação, com comprometimento de 98% sobre os valores pagos

em 2011. E mais especificamente nessa sub-função é a despesa Remuneração de Pessoal Ativo do Estado e Encargos Sociais que apresenta uma evolução igualmente expressiva, uma vez que, em 2003, a despesa representava 37,60% dos valores pagos por essa subfunção, sendo que em 2007 subiu para 59,05% e, em 2011, elevou-se para 79,81% sobre o valor total pago.

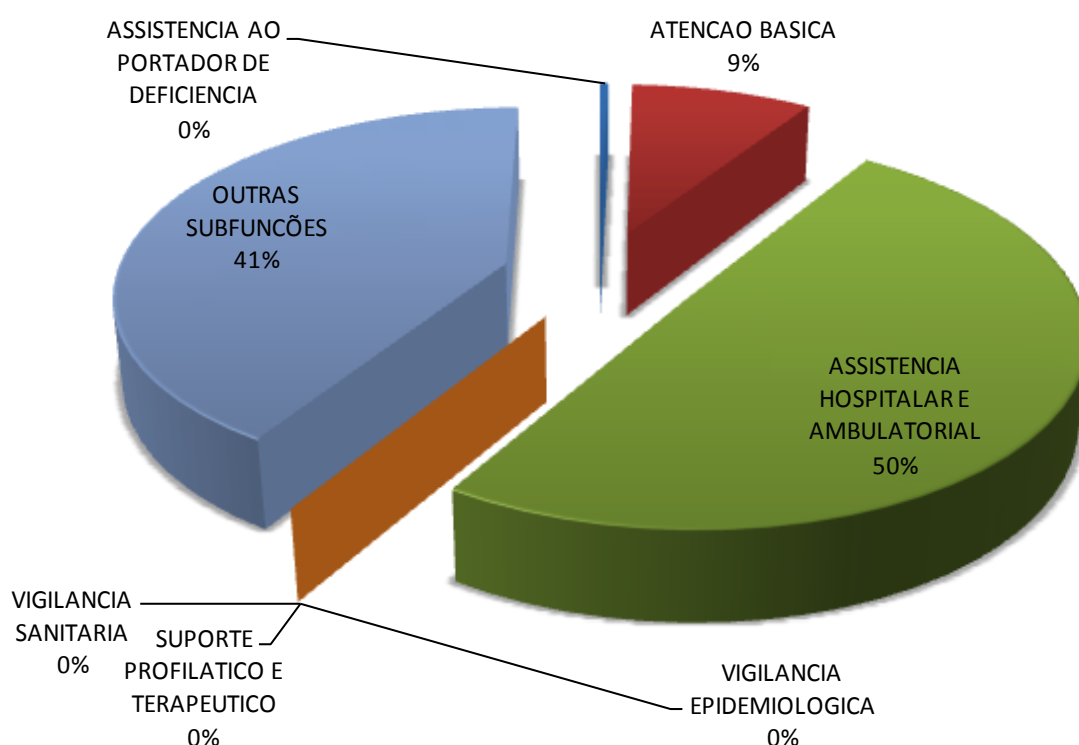


Gráfico 13. Execução por sub-função, valores pagos pela Secretaria de Estado de Saúde (2003)

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Balanço Geral do Estado e SIG-MT

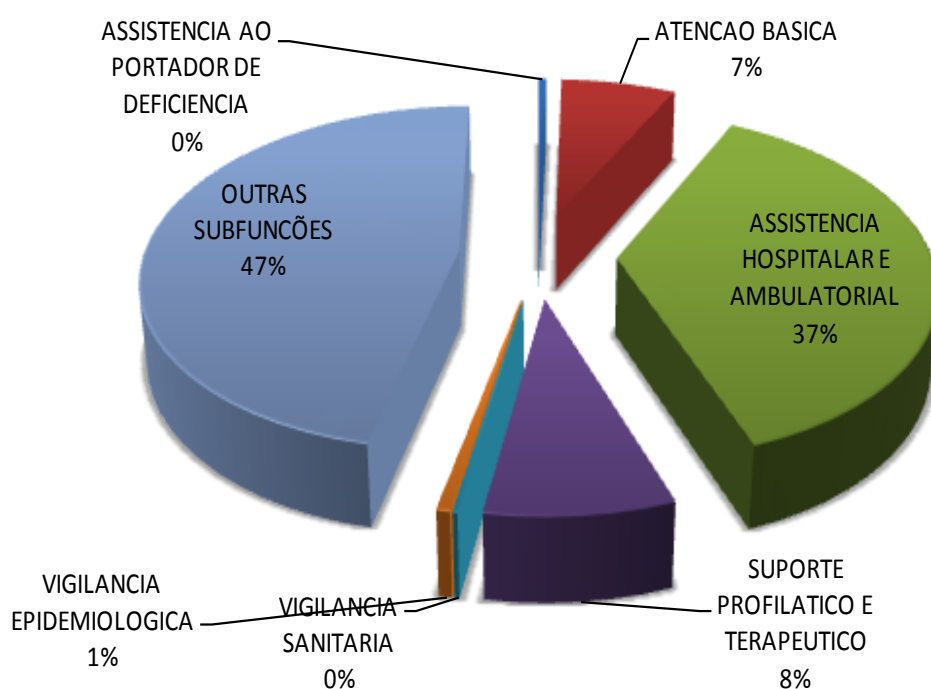


Gráfico 14. Execução por sub-função, valores pagos pela Secretaria de Estado de Saúde (2007)

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Balanço Geral do Estado e SIG-MT

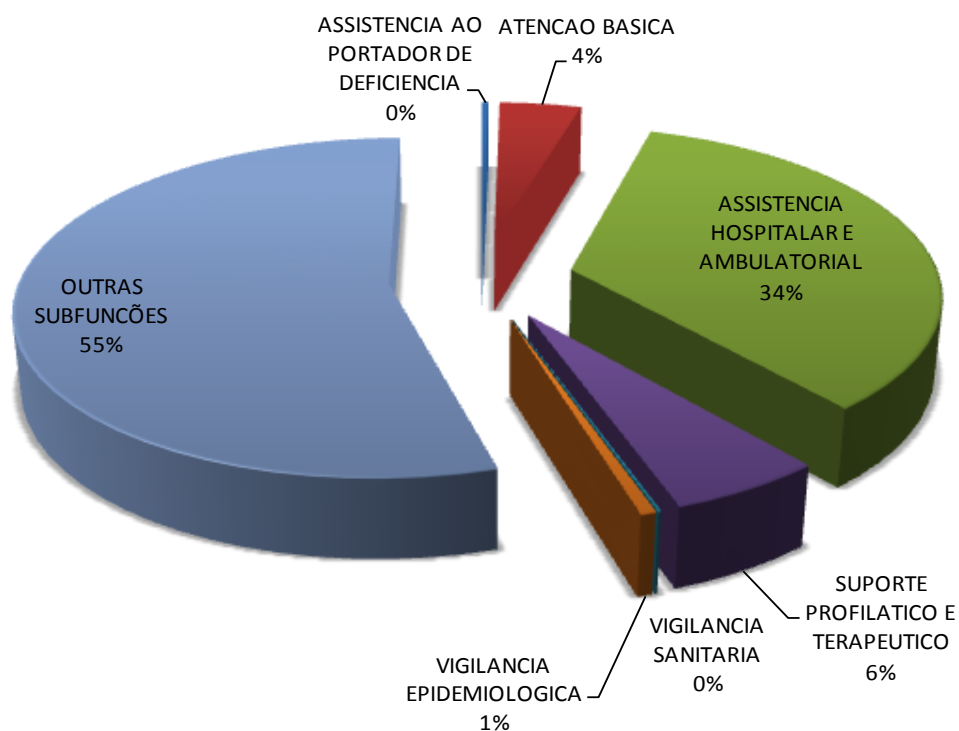


Gráfico 15. Execução por sub-função, valores pagos pela Secretaria de Estado de Saúde (2011)

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Balanço Geral do Estado e SIG-MT

Portanto, a instabilidade verificada nos valores alocados para a Atenção Primária pode ter interferido no não cumprimento das metas estabelecidas nos três Planos que contemplam o período analisado nessa dissertação e que será melhor apresentado a partir do desdobramento nos Programas e Ações que trabalharam com a Estratégia Saúde da Família.

O estudo teve início a partir de 2003, o último ano da vigência do Plano Estadual de 2000 a 2003, e tinha como meta atingir 50% da população coberta pela Estratégia. No citado ano, o orçamento final autorizado para a Atenção Primária, deflacionados pelo IGP-DI a preços de 2012, foi de setenta e três milhões de reais, sendo que, desse montante, setenta dois milhões foram destinados à Ação Saúde da Família e especificamente transferidos aos municípios, sendo que, como incentivo à implantação e consolidação da Estratégia, setenta milhões de reais, ou seja, 96,58% dos valores destinados à Ação como um todo.

O resultado final apurado em 2003 foi de 48.43% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família. Mesmo não alcançando a meta proposta, estabelecida em 1,57%, a evolução anual da cobertura foi representativa em todas as regiões mato-grossenses, assim, como ocorreu com os recursos destinados à transferências para os municípios, após a publicação do Decreto 2.312/2001, ocasião em que o orçamento inicial recebeu incremento em 2002 e 2003.

Tais aumentos representaram, em 2002, 57,34% sobre orçamento inicial, saindo do patamar de trinta dois milhões para cinquenta um milhões de reais. Em 2003, esse acréscimo foi ainda maior, 68,04% acima do previsto, de quarenta três milhões de reais para setenta três milhões de reais. Sobre o orçamento final autorizado da Secretaria de Estado de Saúde, os gastos referentes às transferências aos municípios para a Estratégia Saúde da Família, em 2003, representou 17,31%.

Dessa forma, podemos considerar que num primeiro momento a Estratégia era prioridade para o Estado, em virtude, principalmente, do comportamento dos gastos.

O PES e o PPA, em vigor entre 2004 e 2007, apresentou como meta 70% de cobertura da população pelas equipes de saúde da família. Entretanto, o que podemos analisar é que a proporção da população cadastrada pela Estratégia ficou abaixo da meta, encerrando 2007 com 61,54% da população atendida (Tabela 15).

A evolução de 2004 para 2007 foi de 7,69% sobre a cobertura; já a variação dos recursos transferidos pelo Estado para os municípios, na forma de incentivo pela

adesão a Estratégia, foi de 11,72%. Dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para os municípios que também aderiram à Estratégia, a variação foi maior, de 48,65% (Tabela 15).

Tabela 15. Valores Transferidos pelo Fundo Nacional e Estadual de Saúde aos municípios que aderiram a Estratégia Saúde da Família, período de 2004-2007, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Ano/Dados	2004	2005	2006	2007
Proporção da População cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	53,85	56,52	60,20	61,54
Valores Transferidos pelo Fundo Estadual de Saúde de Mato Grosso aos municípios para a ESF	37.310.358,52	33.707.466,93	28.445.931,78	41.686.716,56
Valores Transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos municípios para a ESF	42.963.481,45	43.886.180,73	58.508.321,18	63.915.018,71

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Balanço Geral do Estado, RAG e SIG-MT, Sala de Apoio a Gestão Estratégica, SIOPS e CATCH.

Neste período, os valores repassados pelo Fundo Estadual de Saúde apresentaram redução em dois anos consecutivos, 2005 e 2006, assim, as crises de 2005, adicionadas ao contingenciamento em 2006, afetaram diretamente as ações financiadas pelos recursos próprios.

Já os recursos federais transferidos aos municípios não apresentaram redução em nenhum exercício, somado aos recursos alocados pelos próprios municípios, garantiram a não redução da cobertura pela Estratégia no Estado.

Essa fragilidade pode ser explicada ao analisarmos que, dentro do orçamento total pago pela SES, a fonte do Tesouro do Estado foi a grande responsável pelo financiamento da subfunção Atenção Básica, representada, em média, por 82,23% do total pago pela SES para esta subfunção (Gráfico 16).

Entretanto, quando analisamos o valor total pago pela SES por todas as fontes de recursos, os valores transferidos para os municípios representaram, em média, 6,11% sobre esse montante, apresentando uma redução de 4,54%, em

média, se comparados ao valor total pago pela SES somente pela fonte do Tesouro do Estado ou EC n. 29/00.

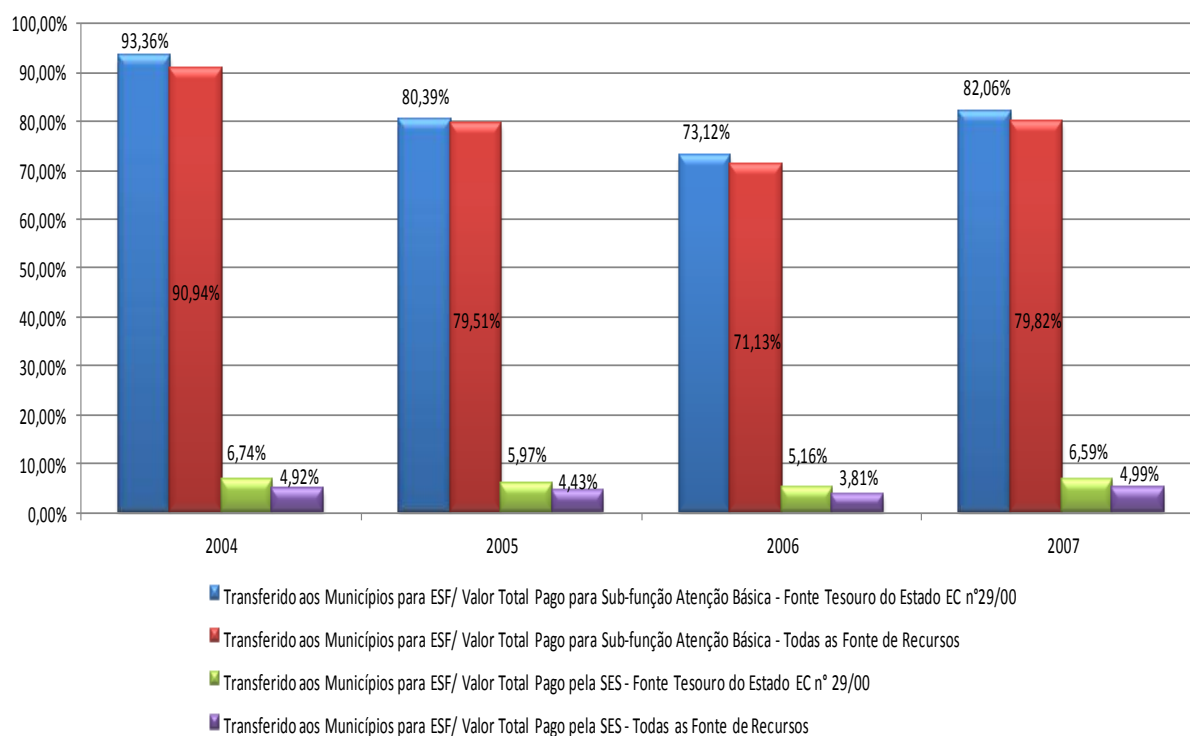


Gráfico 16. Participação dos valores transferidos aos municípios para a Estratégia Saúde da Família sobre os valores totais pagos pela Secretaria de Estado de Saúde, 2004 a 2007, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Balanço Geral do Estado e SIG-MT.

Já o Programa que atendia as ações referentes à assistência ambulatorial e hospitalar, onde estão inclusos os incentivos aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, a manutenção dos Hospitais Regionais de Saúde, as unidades ambulatoriais, a compra dos serviços de UTI em todo o território mato-grossense, serviços hemoterápicos, reabilitação, saúde mental, entre outros, a representativa sobre o valor total pago pela SES por todas as fontes foi de 30,53%. Analisando somente a fonte do Tesouro do Estado, a média de percentual sobre o valor pago total pela SES foi reduzido para 18,61%.

Confirmando a análise realizada tendo as sub-funções como parâmetro, a SES teve boa parte do seu orçamento total pago pela Fonte do Tesouro do Estado, 53,90%, em média, nesses quatro anos, apropriados pelo Programa Apoio Administrativo que atendeu, em grande parte, a despesa com folha de pagamento e encargos sociais.

Assim, o orçamento, em virtude do crescimento das despesas obrigatórias, está deixando de desempenhar duas funções “o de instrumento de planejamento e o de campo de escolhas orçamentárias e de definição/reorientação das prioridades públicas”. (OLIVEIRA, F. A. 2009, p. 110).

Entretanto, num contexto social como o do Brasil, de extrema desigualdade e concentração de riqueza, a vinculação de receitas é uma estratégia que contribui para o cumprimento dos direitos sociais.

Somadas as restrições orçamentárias, a legislação que rege as responsabilidades fiscais, como a Lei Complementar 101, de 2000, mais conhecida com Lei de Responsabilidade Fiscal, que disciplinou a ordem que deveria ser atendidas as despesas, tenderam a dificultar as transferências aos municípios, em virtude da sua não obrigatoriedade, mesmo a legislação definindo o financiamento do SUS como tripartite.

Como a direção do governo não mudou em virtude da reeleição do governador Blairo Maggi, o PPA e PES, que teve início em 2008 com término em 2011, não trouxe alterações significativa na direção dos gastos.

A SES manteve a meta final proposta anteriormente, qual seja, a de alcançar 70% da população coberta pela Estratégia ao final de 2011.

O caminhar dos gastos nos quatro anos foi semelhante ao que ocorreu no PPA e PES anteriores. Dos valores pagos pela Secretaria de Estado de Saúde, 47% deles, em média, estão destinados ao Programa Apoio Administrativo e, deste percentual, 87,91% referem-se à despesa com pessoal e encargos sociais.

A segunda maior despesa da Secretaria é referente ao Programa Reorganização da Rede de Atenção de Média e Alta Complexidade, com Foco na Regionalização que tem como objetivo organizar a rede de serviços de média e alta complexidade por meio da descentralização dos serviços aos municípios, com 20,52%, em média, sobre o valor total pago pela SES (Tabela 16).

Em terceiro lugar se encontra o Programa Implementação do Processo de Gestão do SUS, com 14,30%, em média, seguido do Programa Efetivação da Política de Assistência Farmacêutica, com 7,96%, em média, e só em quinto lugar o Programa Efetivação da Atenção Básica a partir da Estratégia Saúde da Família, participando com 5,65%, em média, do valor total pela SES nesses quatro anos (Tabela 16).

Cabe aqui uma observação: somente esses cinco programas representaram, em média, 95,42% de todo o valor pago pela SES no conjunto das fontes de recursos.

Tabela 16. Participação dos Valores pagos por Programa pela Secretaria de Estado de Saúde, período 2008-2011, todas as fontes de Recursos

PROGRAMAS		2008	2009	2010	2011
036	APOIO ADMINISTRATIVO	43,54%	45,03%	47,00%	52,44%
276	REORGANIZACAO DA REDE DE ATENCAO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE COM FOCO NA REGIONALIZACAO	17,70%	17,79%	23,66%	22,94%
278	IMPLEMENTACAO DO PROCESSO DE GESTAO DO SUS	16,84%	13,44%	12,62%	14,29%
273	EFETIVACAO DA POLITICA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA.	8,17%	9,68%	9,22%	4,76%
274	EFETIVACAO DA ATENCAO BASICA A PARTIR DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA	5,84%	6,81%	5,78%	4,15%
SUB-TOTAL		92,09%	92,75%	98,28%	98,58%
277	APERFEICOAMENTO DO PROCESSO DE GESTAO DA SES	4,37%	4,69%	0,00%	0,00%
279	POLITICA DE INVESTIMENTO NAS ACOES DE PROMOCAO, PREVENCAO E PROTECAO A SAUDE	2,02%	0,88%	0,30%	0,07%
275	CONSOLIDACAO DAS ACOES DE VIGILANCIA EM SAUDE	1,15%	1,25%	0,92%	0,70%
994	OPERACOES ESPECIAIS: SERVICOS DA DIVIDA INTERNA	0,22%	0,22%	0,21%	0,21%
997	PREVIDENCIA DE INATIVOS E PENSIONISTAS DO ESTADO	0,14%	0,19%	0,30%	0,44%
142	GESTAO DA TECNOLOGIA DE INFORMACAO	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%
996	OPERACOES ESPECIAIS: OUTRAS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SUB-TOTAL		7,91%	7,25%	1,72%	1,42%
TOTAL		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados RAGs e do SIG-MT.

Ao analisarmos particularmente o Programa que atende as transferências aos municípios como incentivo para a expansão e consolidação da Estratégia no Estado, com valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012, temos, então, que o montante pago aos municípios, em 2008, foi de quarenta um milhões de reais, sendo que em 2009 ele aumentou para quarenta sete milhões de reais, acusando uma redução de, aproximadamente, onze milhões de reais, de 2009 para 2010, chegando ao valor pago a trinta cinco milhões de reais e encerrando o período da

pesquisa com vinte dois milhões de reais transferidos aos municípios, ou 38,23%, a menor que 2008, período que marcou o início do planejamento do Estado.

A representatividade desses gastos sobre o total pago por todas as fontes de recursos e somente pela fonte do Tesouro do Estado EC n. 29/00, demonstra bem a redução da participação do mesmo.

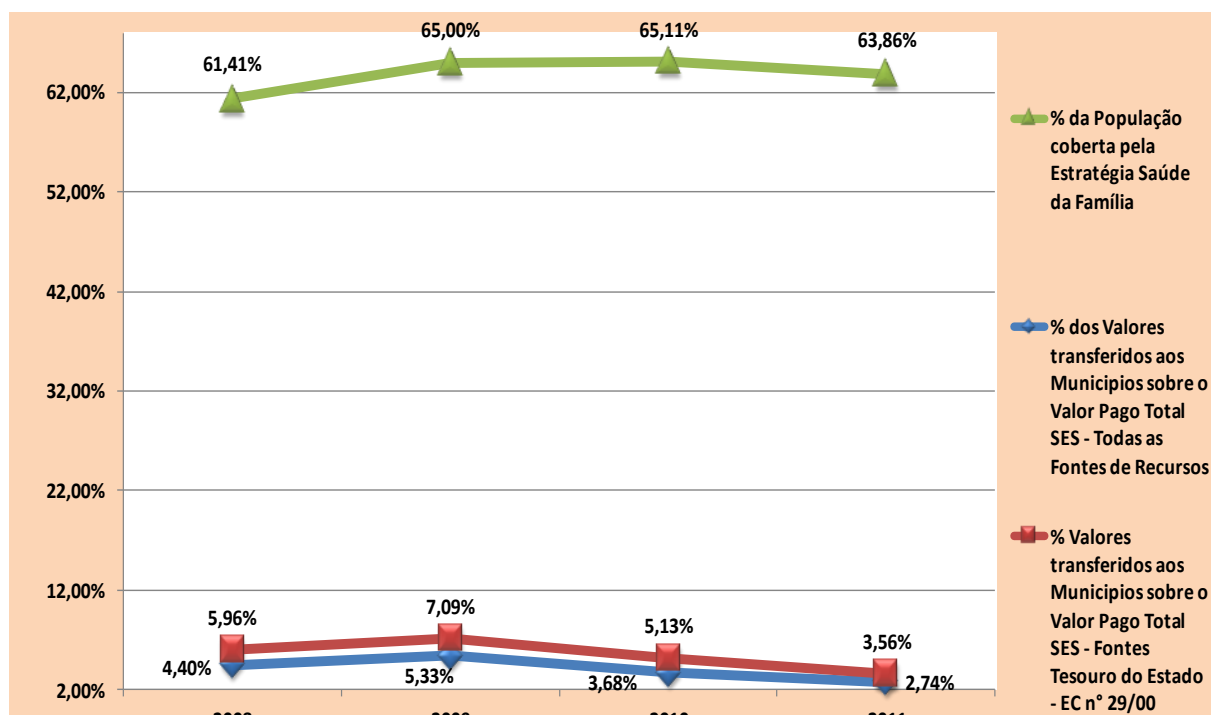


Gráfico 17. Evolução dos Valores transferidos para os municípios e da cobertura da População cadastrada pela Estratégia Saúde da Família no período de 2008–2011
Fonte: Elaboração da autora a partir de dados RAGs e do SIG-MT e do CATCH.

Assim como ocorreu nos valores transferidos aos municípios, a cobertura da população também sofreu redução em 2011, que, mesmo sistematicamente não alcançando a meta proposta, a evolução da cobertura havia sido positiva nos demais anos.

Porém, essa redução dos valores pagos em 2011 não alinhou com o comportamento da receita total prevista e nem com o valor total pago pela Secretaria pela fonte do Tesouro do Estado, já que, para ambos, não houve diminuição de recursos.

Então, o que justifica o não cumprimento do orçamento inicial e sua redução em, aproximadamente, oito milhões de reais, no Relatório de Ação Governamental de 2011, a análise apontou que a meta não foi alcançada em virtude da anulação de

recursos e o não “repasse permanente, contínuo, mês a mês, aos municípios do estado de Mato Grosso”. (MATO GROSSO, 2011, p. 482).

Somada à instabilidade no financiamento estadual, o Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, também apresentou redução dos valores transferidos aos municípios para a Estratégia Saúde da Família, passando, de setenta três milhões de reais, em 2010, para setenta dois milhões de reais, em 2011, segundo a Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde.

Behring (2008) analisa que a contrarreforma, a partir do ideário neoliberal propõe para as políticas sociais o tripé: privatização, focalização e descentralização. Na análise sobre a direção dos gastos, o que se observa é que, mesmo a Estratégia Saúde da Família sendo colocada como prioridade, seja por meio da descentralização ou na forma focalizada, visto ser a única proposta para se alterar o modelo de atenção a saúde, os números apontaram outras prioridades executadas, de fato, pelo Estado.

Temos, então, na privatização a transferência dos recursos do fundo público para o setor privado e isso ocorreu dentro do orçamento público por meio das despesas realizadas no elemento de despesa 39 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica e pela Transferência a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos denominada modalidade 50.

Há um aumento nas despesas para esses dois elementos de despesas que caracterizam a privatização do setor público, já as transferências aos municípios para a Estratégia Saúde da Família apresentaram reduções constantes na sua participação, chegando a representar apenas 2,39% sobre a despesa total da Secretaria, em 2011 (Tabela 17).

Mesmo apresentando oscilações tanto sobre a despesa total da SES como sobre as despesas correntes, há uma ampliação da participação do elemento de despesa que atende a aquisição de bens e serviços de pessoas jurídicas e as transferências realizadas para instituições sem fins lucrativos.

Tabela 17. Transferência para o setor privado, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Ano	Despesa Totais com Saúde (a)	Despesas com Serviços terceiro Pessoa Jurídica (b)	% Despesa Total (b)/(a)	Despesa Corrente (c)	Transferências para Instituição sem Fins Lucrativos (d)	% Despesa Corrente (c)/(d)	Transferência aos Municípios para Estratégia Saúde da Família - ESF (e)	% Despesa Total (e)/(a)
2003	683.001.706,0023	186.012.159,83	27,23%	425.388.034,73	19.135.183,68	4,50%	60.386.634,48	8,84%
2004	758.024.114,7647	155.646.520,12	20,53%	470.587.342,69	48.771.091,80	10,36%	37.310.358,52	4,92%
2005	760.243.006,6804	150.004.564,87	19,73%	462.407.684,69	58.581.280,00	12,67%	33.707.466,93	4,43%
2006	746.279.195,2481	135.289.912,24	18,13%	441.358.110,48	56.310.863,55	12,76%	28.445.931,78	3,81%
2007	836.023.830,9514	154.275.662,72	18,45%	498.146.541,90	68.508.725,08	13,75%	41.686.716,56	4,99%
2008	943.672.536,2001	185.221.839,91	19,63%	566.175.562,42	56.337.383,34	9,95%	30.187.237,01	3,20%
2009	884.068.168,1392	148.483.025,70	16,80%	515.675.823,10	51.126.130,57	9,91%	38.113.043,87	4,31%
2010	958.387.280,3689	166.950.001,75	17,42%	538.786.917,74	71.794.870,27	13,33%	29.047.200,00	3,03%
2011	933.930.290,0262	125.584.002,22	13,45%	457.228.838,12	106.938.459,27	23,39%	22.288.800,00	2,39%

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Balanço Geral do Estado e SIG-MT

Executando, assim, as propostas apresentadas pelo governador de Mato Grosso ao estabelecer, no seu Plano de Governo e nos PPAs, a meta de intensificar a participação da sociedade civil organizada por meio das Organizações Sociais (OS), Parcerias-Público-Privadas (PPP) e Organizações da Sociedade Civil para o Interesse Público (OSCIP) na oferta de serviços públicos.

Tal política nada mais é que a contemplação do que foi proposto nos documentos que respaldaram a contrarreforma do Estado, sendo, o Plano Diretor da Reforma do Estado e a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, ambos elaborados pelo Ministro Bresser Pereira (1995), nos quais a saúde passava a ser um serviço não exclusivo do poder público, podendo ser ofertado pelo mercado e comprado pela administração pública. É o que ocorre hoje no estado de Mato Grosso.

Está posto assim a prática neoliberal e da contrarreforma pelo estado de Mato Grosso, ao aumentar a participação do setor privado na direção dos gastos de saúde e diminuindo os gastos públicos em saúde como ocorreu com as transferências aos municípios para a Estratégia Saúde da Família.

O número de leitos disponíveis ao SUS confirma essa participação maior do setor privado na oferta, inclusive com redução, de 2008 para 2011, do número de leitos públicos, observada nos leitos disponíveis na rede privada; entretanto, o número de leitos privados disponíveis para o SUS é quase o mesmo que o de toda rede pública em Mato Grosso (Tabela 18).

Esse “complementar” que passou a ser quase que exclusivo, como define o Parágrafo 1º do Artigo 199 da Constituição Federal de 1988, que dispôs sobre a participação do privado no Sistema Único de Saúde, gerou certa preocupação quanto à diminuição do serviço público e, conseqüentemente, à transferência dos recursos do fundo público para o setor privado.

Tabela 18. Leitos hospitalares por esfera administrativa, Mato Grosso 2008-2011

ESFERA ADMINISTRATIVA	2.008		2.009		2.010		2.011	
	QTDEXISTENTE	QTDSUS	QTDEXISTENTE	QTDSUS	QTDEXISTENTE	QTDSUS	QTDEXISTENTE	QTDSUS
Setor Público	2.703	2.653	2.857	2.807	2.630	2.600	2.677	2.627
ESTADUAL	530	512	541	523	543	525	499	471
FEDERAL	118	118	118	118	118	118	118	118
MUNICIPAL	2.055	2.023	2.198	2.166	1.969	1.957	2.060	2.038
PRIVADA	4.764	2.770	4.615	2.654	4.502	2.519	4.571	2.583
TOTAL	7.467	5.423	7.472	5.461	7.132	5.119	7.248	5.210

Fonte: DATA WAREHOUSE - DW - <http://www.saude.mt.gov.br/aplicativo/dw/>

Mesmo não integrando os objetivos da presente investigação, para irmos além aos impactos provocados pelo cenário econômico e pelas políticas macroeconômicas no financiamento do SUS, da Atenção Primária e da Estratégica Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, analisaremos o comportamento de alguns indicadores de saúde.

Serão utilizados alguns dos indicadores pactuados que compõem a Sexta Prioridade do Pacto pela Saúde, Fortalecimento da Atenção Básica, de 2003 a 2011, são eles: Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais; Taxa de internações por acidente vascular cerebral

(AVC); Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal; Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas; Média mensal de visitas domiciliares por família realizada por Agente Comunitário de Saúde e; Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária (Tabela 18).

Ao priorizar e incluir nas ações da atenção primária à promoção e prevenção, já que adicionada a hipertensão a diabetes mellitus, um dos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, 80% dos casos podem ser tratados na rede básica de saúde.

A taxa de internação em Mato Grosso por diabetes mellitus e suas complicações apresentam oscilações nos anos analisados, chegando, em 2011, com o percentual acima do alcançado em 2003, sendo maiores que os apresentados pelo Brasil. A redução desse indicador revela uma ação positiva da rede de atenção primária no acompanhamento dos pacientes, evitando, assim, as complicações, como doenças cardiovasculares, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2012).

Assim como a diabetes, a hipertensão arterial é uma das principais causas de internação no SUS, sendo considerado, no mundo, o primeiro fator de risco de mortalidade, superando o tabagismo. Reduzir esse indicador é um desafio para o SUS, pois “os processos históricos e sociais do último século desencadearam na sociedade transições demográfica, nutricional e epidemiológica que levam a hipertensão e o diabetes a assumirem um papel crescente e preocupante”. (BRASIL, 2012, p. 18).

Já a Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC) apresenta resultados melhores, saindo de um percentual de 11,40%, em 2003, para 6,30%, em 2011, taxa menor do que a apurada pelo Brasil, que foi de 6,77%, em 2011.

A área técnica fez uma observação, pois nos anos anteriores os indicadores pactuados não foram os mesmos ou sofreram modificações. Um exemplo: a Taxa de Internação por AVC, até 2007, usava a faixa etária a partir dos 40 anos e não de 30, e mudou para três décadas a partir de 2008. Em relação ao diabetes, antes de 2008 eram pactuadas somente suas complicações, porém, a partir de 2008 alterou para internação por diabetes e suas complicações, o que pode também explicar o resultado dos indicadores.

O terceiro indicador, que trata do “nascer no Brasil”, é a Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Em Mato Grosso, esse indicador apresentou um aumento de 7,64%, entre 2003 e 2011, sendo que no Brasil, de 2000 a 2007, o aumento foi de 15,20% (BRASIL, 2012).

Numa análise realizada pela área técnica da Atenção Primária da Secretaria de Estado de Saúde, em 2010 foram observados resultados satisfatórios no acompanhamento das gestantes pelos Agentes Comunitários de Saúde e nas gestantes com idade igual ou inferior a 20 anos, superando a média nacional e estadual. Já com relação à cobertura vacinal, os resultados também foram satisfatórios, a exceção de três regiões de saúde que não alcançaram o percentual mínimo recomendado e pactuado pelo Programa Nacional de Imunização - PNI (MATO GROSSO, 2010).

Tabela 19. Alguns Indicadores de Saúde do Pacto pela Saúde Estado de Mato Grosso, VI Prioridade Fortalecimento da Atenção Básica 2003-2011

INDICADORES	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais *	8,70	8,90	10,00	10,10	9,71	9,05	10,01	9,15	9,37
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)*	11,40	12,00	10,40	9,20	8,47	6,05	6,29	6,08	6,30
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	57,9	57,58	56,48	59,09	60,43	62,25	63,88	65,62	65,54
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	1,84	1,70	1,66	1,61	2,21	2,08	2,88	1,94	1,68
Média mensal de visitas domiciliares por família realizada por Agente Comunitário de Saúde:	0,50	0,51	0,49	0,42	0,60	0,26	0,45	0,49	0,51
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30,94	29,98	29,39	28,11

Fonte: Elaboração da autora a partir do *DATASUS e Comprehensive Assessment for Tracking Community Health –CATCH

O indicador - Média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas - teve comportamento semelhante aos demais, ou seja, apresentou crescimento em alguns anos e, nesse caso, encerrou o período com resultado inferior ao alcançado em 2003.

Esse indicador mediu a capacidade da rede básica em prestar assistência individual, a partir da oferta de consultas médicas nas especialidades básicas: clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia.

Na análise realizada pela área técnica, em 2010, apesar dos resultados apresentados não serem iguais, foi observado que, em relação a 2009, foi verificado uma diminuição do número de regiões de saúde que conseguiram garantir 1,5 de consultas médicas nas especialidades básicas, por habitante/ano, o que, segundo a equipe, esse declínio comprometeu a “garantia dos valores da universalidade de acesso, da equidade no atendimento, da atenção integrada e da qualidade do serviço por Estado”. (MATO GROSSO, 2010, p. 15).

No processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, as visitas domiciliares tiveram, entre outros objetivos, o de acompanhar os grupos prioritários, identificar situações de risco e a educação em saúde nas famílias sob sua responsabilidade sanitária. O parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde foi de uma visita por família/ano.

Portanto, dos números apresentados, Mato Grosso esteve bem abaixo do que seria o ideal. Não foi encontrada qualquer análise que demonstrasse as causas ou explicações para esse resultado, porém Soares (2005, p. 3) evidencia que esse programa possui fragilidades complexas sendo:

Os Agentes de Saúde, sem qualificação profissional, possuem uma remuneração praticamente simbólica, com contratos de trabalho precários, sob o falso argumento de que esses agentes estariam mais “próximos” da comunidade. Quem conhece a realidade e trabalha nesses programas sabe das inúmeras distorções que essa falsa premissa tem provocado, como os mecanismos de cooptação e o clientelismo nas contratações, somando-se às já mencionadas limitações desses agentes na resolução dos crescentes e complexos problemas de saúde da população.

Esse contexto pode vir a limitar os efeitos dessa política na situação de saúde da população.

E, por fim, o último indicador - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária - que não está incluso no Pacto pela Saúde, mas que vem sendo utilizado como parâmetro para medir a qualidade da atenção primária e, mais especificamente, da Estratégia Saúde da Família.

Apesar do período ainda não possuir uma extensão que possa levar a alguma conclusão, os números apresentam redução na taxa de internação. Entretanto, em artigo publicado III Amostra Estadual de Saúde da Família, em 2009, numa análise realizada no período de 2000 a 2008, com o objetivo de descrever o comparativo entre a cobertura populacional da ESF e a taxa de ISAP em Estado de Mato Grosso, a conclusão revelou que “[...] a estratégia saúde da família não parece influenciar as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de Mato Grosso”. (MATO GROSSO, 2009, p. 83).

Portanto, pelos números apresentados, mesmo com a instabilidade do financiamento do Estado, os municípios estão conseguindo seguir, seja por meio do seu próprio recurso, somado ao do Ministério da Saúde, pois, segundo o SIOPS, a média de cumprimento da Emenda Constitucional n. 29/00 por parte dos municípios mato-grossenses, em 2003, foi de 17,84% e nos demais anos sempre acima dos 15% estipulado pela Emenda, sendo o maior percentual em 2011, de 20,79%.

Isso implica que os municípios, ao destinarem maiores recursos além do estabelecido, deixam de aplicar em outras áreas importantes, principalmente naquelas que não há obrigação de vinculação, como saneamento, habitação, assistência social, cultura, esporte e outras.

Arretche (2000, p. 246) avalia que a participação do Estado “é um fator decisivo, na medida em que políticas favoráveis à municipalização minimizam os custos prováveis que a assunção de tais atribuições tende a acarretar”.

Portanto, na medida em que o Estado diminui sua participação nesse processo, os municípios são duramente atingidos, comprometendo a execução da referida política e de todo o restante.

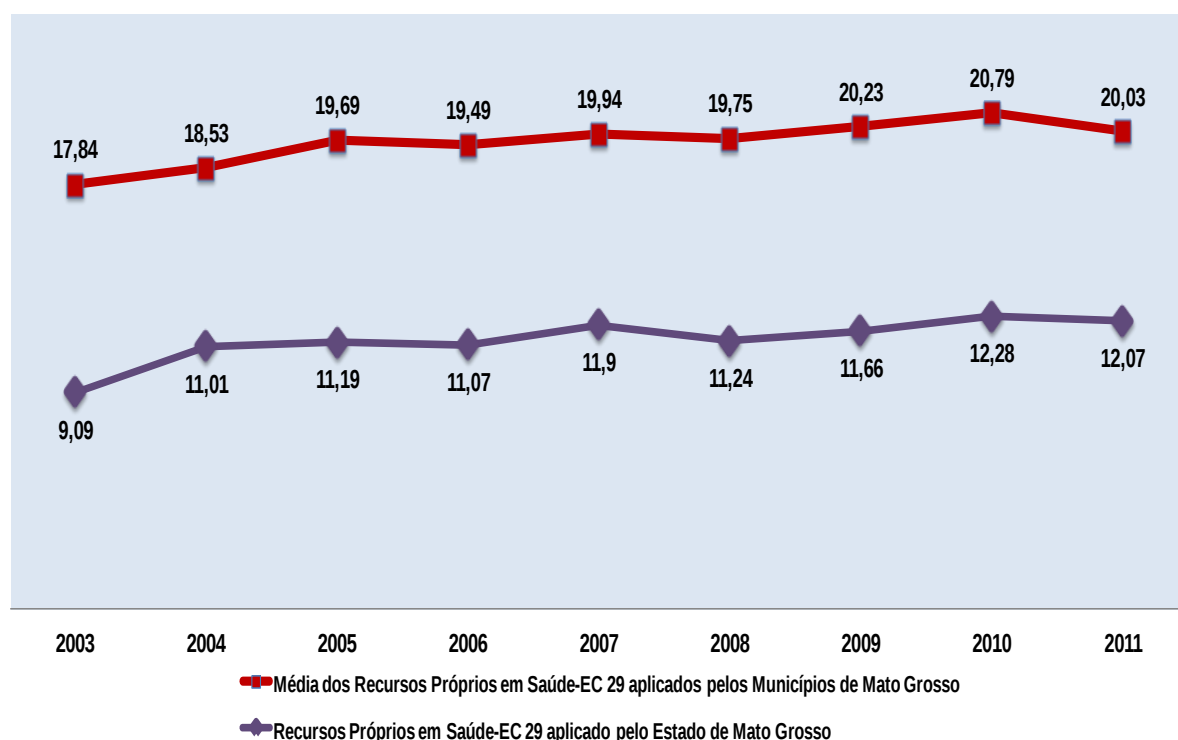


Gráfico 18. Cumprimento da Emenda Constitucional n. 29/2000 pelos municípios mato-grossenses e pelo Estado de Mato Grosso, período de 2003 a 2011

Fonte: Elaboração da autora a partir do SIOPS.

No que tange à direção dos gastos, ela seguiu o mesmo comportamento do indicador que tratou da origem dos recursos destinados a Secretaria de Estado de Saúde, a Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família, ou seja, um cenário instável em relação aos orçamentos finais autorizados e valores pagos aos municípios. Ao restringir-se aos percentuais “mínimos”, o não acréscimo de recursos contribuiu para o não alcance das metas propostas de cobertura da população pela Estratégia nos instrumentos de planejamento tanto do SUS como do Estado.

Assim, encerramos a análise da direção dos gastos no estado de Mato Grosso e na Secretaria de Estado de Saúde, prosseguindo com análise que trata da magnitude dos gastos.

3.4 MAGNITUDE DOS GASTOS DO SUS EM MATO GROSSO

Ao estabelecer o *mínimo* de 12% sobre a receita líquida de alguns impostos a serem aplicados na saúde, o indicador que trata da magnitude dos gastos demonstra se esse montante de recursos foi suficiente para a “manutenção, crescimento, redução ou realocação dos recursos”. (BOSCHETTI, 2010, p. 15).

Portanto, a primeira etapa é analisar, do total aprovado para a Secretaria de Estado de Saúde, o quanto foi executado e como o financiamento do SUS foi tripartite. A análise versará sobre o comportamento por fonte de recursos, com maior ênfase à fonte referente ao Tesouro do Estado, que trata do cumprimento da Emenda Constitucional n. 29/2000.

Posteriormente, analisamos se houve crescimento real nos recursos alocados e pagos, comparando com indicadores econômicos e contas nacionais, inflação, PIB, pagamento da dívida e outros indicadores.

Dos recursos orçados pelo Estado nas Leis Orçamentárias Anuais, os valores iniciais foram executados, em média, 102%, ou seja, acima do valor inicial. Se considerarmos o orçamento final autorizado, essa execução sofreu uma redução de 87%, em média.

Assim, nesse cenário macro, é perceptível que o Estado é eficiente sobre seu planejamento inicial, mas, mesmo tendo uma suplementação de recursos durante o exercício não consegue executá-lo até o final.

Três anos em particular, 2005, 2006 e 2011, apresentam um valor pago menor que o próprio orçamento inicial, mesmo havendo suplementação de recursos. Esses exercícios já foram analisados anteriormente.

O que pode explicar essa economia de recursos é a apuração do *superávit* primário do Estado no período, mas, pelos números apresentados na Tabela 20 fica evidente um aumento crescente destas reservas para o pagamento dos juros da dívida pública.

O Relatório Circunstanciado sobre as Contas Volume – I Exercício de 2011 ou Relatório do Contador, parte integrante do Balanço Geral do Estado, demonstra bem o objetivo do governo ao apresentar que “[...] o Resultado primário obtido no exercício de 2011, LDO compatibilizada com a LOA, é duas vezes maior que o valor previsto, cerca de R\$ 439,94 milhões ou 133,45% a mais que o valor inicialmente projetado”. (MATO GROSSO, 2012, p. 10).

Tabela 20. Comportamento dos Valores Iniciais, Finais, Pagos e apuração do Superávit Primário do Estado de Mato Grosso, período de 2003 a 2011, Valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Ano	Orçamento Inicial (a)	Orçamento Final Autorizado (b)	Valor Pago (c)	Superávit Primário	% de Execução (c/a)	% Execução (c/b)
2003	7.172.715.790,81	9.056.557.345,22	8.110.662.323,83	-75.422.367,33	113,08%	89,56%
2004	7.328.892.161,61	8.779.778.791,24	7.613.660.646,15	943.672.335,82	103,89%	86,72%
2005	8.073.027.570,34	8.923.788.012,84	7.912.330.966,05	944.415.799,84	98,01%	88,67%
2006	8.884.406.050,67	9.362.873.470,17	7.900.310.305,28	773.989.993,35	88,92%	84,38%
2007	8.285.658.058,89	9.864.827.739,83	8.773.659.811,16	786.247.738,17	105,89%	88,94%
2008	9.474.356.867,71	11.645.156.072,97	10.090.831.956,39	1.073.690.540,47	106,51%	86,65%
2009	9.606.031.794,46	12.139.431.830,82	10.412.625.195,11	816.984.987,75	108,40%	85,78%
2010	10.755.242.585,20	13.315.608.632,56	11.324.191.134,60	809.188.885,72	105,29%	85,04%
2011	12.928.182.985,46	14.162.818.347,19	11.760.960.310,05	885.128.126,10	90,97%	83,04%
TOTAL	82.508.513.865,16	97.250.840.242,84	83.899.232.648,64	6.957.896.039,89	101,69%	86,27%

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do SIG-MT e Balanço Geral do Estado.

O Estado, ao assumir uma postura conservadora, com intuito de produzir certa “economia” e, assim, pagar os juros da dívida, prejudica o andamento das políticas públicas.

O orçamento da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso contribuiu consideravelmente para a formação deste *superávit* primário, uma vez que o percentual de execução sobre o orçamento inicial foi de 70%, em média. Sobre o orçamento final autorizado, reduziu para 63,03%, em média, ou seja, mesmo recebendo incremento em seu orçamento, a Secretaria, durante o exercício, não conseguiu realizar os procedimentos para a concretude das ações planejadas ou os pagamentos das despesas.

Portanto, o quanto dessa economia influenciou no alcance das metas propostas para Estratégica Saúde da Família, por meio do financiamento estadual, também pode ser analisado pelo indicador que trata da magnitude dos gastos.

Segundo Fagnani (2009), ao estudarmos a magnitude de um gasto é possível perceber se o alocado foi compatível com o enfrentamento do problema identificado e priorizado no processo de planejamento.

Durante a elaboração dos Planos Plurianuais (PPA) de 2004-2007 e, posteriormente, de 2008-2011, a área técnica da Atenção Primária estimou o valor necessário para alcançar a cobertura satisfatória e iniciar o processo de mudança no modelo de atenção à saúde.

Em ambos os PPAs a meta final estimada foi de 70% da população coberta pela Estratégia.

Tabela 21. Demonstrativo dos recursos planejados, orçamentos iniciais, finais e pagos e suas diferenças pela Secretária de Estado de Saúde para as transferências aos municípios para a Estratégia Saúde da Família, 2004 a 2011, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Ano	Orçamento previsto no PPA (a)	Orçamento Inicial previsto na LOA (b)	Orçamento Final Autorizado (c)	Valor Pago (d)	Diferença (c - a)	Diferença (c - b)	Diferença (d - a)
2004	38.628.732,93	38.628.692,04	37.574.088,94	37.310.358,52	(1.054.643,99)	(1.054.603,10)	(1.318.374,41)
2005	40.721.355,24	34.492.286,93	36.315.794,98	33.707.466,93	(4.405.560,26)	1.823.508,06	(7.013.888,31)
2006	40.698.944,67	41.406.733,45	33.620.923,12	28.445.931,78	(7.078.021,55)	(7.785.810,33)	(12.253.012,89)
2007	40.646.358,11	28.378.010,57	43.497.624,75	41.686.716,56	2.851.266,64	15.119.614,18	1.040.358,45
2008	40.585.108,82	40.646.776,25	39.676.150,58	39.274.732,49	(908.958,24)	(970.625,67)	(1.310.376,33)
2009	37.876.329,22	40.954.513,41	42.401.460,86	41.589.991,61	4.525.131,64	1.446.947,45	3.713.662,39
2010	38.635.553,79	42.122.583,69	40.323.508,60	35.270.320,48	1.687.954,81	(1.799.075,09)	(3.365.233,30)
2011	37.944.944,08	40.332.134,78	30.375.375,71	25.634.226,16	(7.569.568,38)	(9.956.759,07)	(12.310.717,92)

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Balanço Geral do Estado e SIG-MT.

No tocante ao que foi planejado durante o processo de elaboração dos PPAs, as Leis Orçamentárias Anuais - LOA cumpriram o valor que levaria ao alcance da meta proposta na maioria dos anos, uma vez que o valor inicial nesse instrumento estava acima do valor pretendido no PPA (Tabela 21).

Entretanto, dos nove anos analisados, cinco anos tiveram o orçamento final autorizado, resultado dos créditos adicionais (suplementações e anulações) adicionados durante o exercício financeiro, valores menores que o planejado no PPA e orçados inicialmente nas LOAs (Tabela 21).

A não completude dos valores necessários a serem transferidos aos municípios, e assim ampliar a cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família, ocorreu também com relação aos valores pagos; eram seis exercícios que não atenderam ao necessário e, portanto não resolveu o problema priorizado no planejamento do Estado.

Ao observarmos o caminhar das metas físicas propostas nesses mesmos instrumentos, considerando que as metas físicas responderam a questão “Quanto se pretende desenvolver?” (MATO GROSSO, 2012, p. 44), em nenhum ano a meta física proposta ou o quanto se pretendia desenvolver a Estratégia nos municípios mato-grossenses foi alcançada.

Assim, a magnitude dos gastos referentes ao Estado, a Secretaria de Estado de Saúde e a Estratégia Saúde da Família apontou que houve a manutenção e até certo crescimento, porém não no ritmo e muito mesmo na ampliação capaz de alterar o modelo de atenção à saúde em Mato Grosso.

Isso porque, ao tomarmos como referência o quanto representaram os valores transferidos aos municípios sobre o PIB estadual, o valor aplicado foi de 0,06%, em média, para a execução da política Estratégia Saúde da Família, havendo pouca variação de um exercício para outro. Com exceção de 2003, que chegou a 0,10%, nos demais anos o montante pago aos municípios não ultrapassou 0,07%, porém não é menor que 0,05% (Tabela 21).

Essa representatividade não é muito diferente de outras variáveis, como o quanto representou a despesa total paga por todas as fontes sobre esse mesmo PIB, a saúde em Mato Grosso representou, em média, 1,29%. Se restringirmos somente à fonte referente aos recursos próprios ou os provenientes da Emenda Constitucional n. 29/2000, esse percentual sofreu uma redução para 0,94%, ou seja, o estado de Mato Grosso não chegou a investir, na saúde pública, 1% de tudo o que produziu (Tabela 22), o que demonstra o grande desafio de se ter um sistema público e único de saúde que toma a universalidade como princípio.

Mesmo apresentando evolução nos valores apurados nesse período, o PIB mato-grossense obteve um crescimento de 24,04% nos nove anos.

Já sobre os valores pagos por todas as fontes para a Secretaria de Estado de Saúde, esse acréscimo foi de 36,74% e, nas despesas custeadas com recursos próprios, a ampliação chegou a 52,40%.

Se compararmos esses percentuais de crescimento com o valor acumulado do IPCA para o período, foi 52,79% revelando um crescimento vegetativo do orçamento destinado à saúde de Mato Grosso.

Tabela 22. Gastos da Saúde de Mato Grosso, em % do PIB, período de 2003 – 2011, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Exercício	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
PIB - Mato Grosso *	58.345.335.470,99	62.970.107.284,35	58.344.659.771,54	51.814.699.580,38	61.669.289.297,42	73.396.668.851,50	70.815.235.456,11	72.368.791.076,06	-
Despesa Total com Saúde - Todas as fontes de recursos	683.001.706,00	758.024.114,76	760.243.006,68	746.279.195,25	836.023.830,95	943.672.536,20	884.068.168,14	958.387.280,37	933.930.290,03
Despesa Total com Saúde - Recursos próprios EC nº 29/00	424.797.375,85	553.914.101,61	564.348.308,71	551.337.746,10	632.478.745,42	696.610.261,66	663.977.745,25	717.857.115,94	651.638.561,98
Valor Transferido aos municípios	57.918.755,90	37.310.358,52	33.707.466,93	28.445.931,78	41.686.716,56	39.274.732,49	41.589.991,61	35.270.320,48	25.634.226,16
% Despesa Total com Saúde - Todas as fontes de recursos sobre o PIB	1,17%	1,20%	1,30%	1,44%	1,36%	1,29%	1,25%	1,32%	
% dDespesa Total com Saúde - Recursos próprios EC nº 29/00 sobre o PIB	0,73%	0,88%	0,97%	1,06%	1,03%	0,95%	0,94%	0,99%	
% do Valor transferido aos municípios sobre o PIB	0,10%	0,06%	0,06%	0,05%	0,07%	0,05%	0,06%	0,05%	
IPCA	9,30%	7,60%	5,69%	3,14%	4,45%	5,90%	4,31%	5,90%	6,50%

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do IBGE, SIGMT e Anuário da Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral do Estado de Mato Grosso – SEPLAN-MT.

*O PIB do Estado não havia sido apurado até a data de elaboração desta análise, segundo IBGE.

Entretanto, se a saúde tem pouca representatividade sobre o PIB do Estado, existem duas movimentações no orçamento que trazem consequências diretas aos valores alocados para a Secretaria de Estado de Saúde: trata-se da política de renúncia fiscal realizada pelo Estado e do pagamento dos juros, encargos e amortização da dívida.

O último foi tratado quando analisada a formação do *superávit* primário, que objetivou o pagamento desses e resultou de uma poupança forçada, ao não executar as despesas, comprometendo o alcance dos objetivos e metas propostos no planejamento.

Já a renúncia fiscal tem no governo de Blairo Maggi o seu exponencial crescimento, porque sua gestão iniciou publicando o Decreto n. 18, de 21 de janeiro de 2003, instituindo o Comitê Multissetorial Econômico, com a finalidade de reavaliar os programas de incentivos fiscais do Estado e analisar a viabilidade técnica e fiscal de novos instrumentos que promovessem o desenvolvimento econômico estadual. O Comitê tinha o prazo de 180 dias para alcançar o objeto desse decreto (Tabela 23).

Como resultado, foi instituída a Lei n. 7958, de 25 de setembro de 2003, que definiu o Plano de Desenvolvimento de Mato Grosso, criou Fundos e deu outras providências. No projeto de lei elaborado a partir do Comitê, havia a previsão da revogação de vários programas de incentivos fiscais já existentes, isso não foi contemplado na lei, ou seja, os programas anteriormente instituídos se mantiveram além da criação de novos. Outro ponto questionável reside no fato de não haver um percentual limite para a concessão dos benefícios e, para cada programa instituído, a criação de um Fundo Estadual para que houvesse autonomia orçamentária e financeira para sua execução (REIS, 2004).

A lei foi regulamentada pelo Decreto n. 1.432, de 29 de setembro de 2003, e já sofreu diversas alterações nesses últimos anos.

Essa indefinição sobre um limite explica na expansão desta política, sendo que, em 2003, a projeção na Lei de Diretrizes Orçamentária - LDO era oitenta e seis milhões de reais, aproximadamente, em 2006 esse valor foi elevado para um bilhão novecentos milhões de reais, encerrando 2011 com uma projeção de novecentos cinquenta sete milhões de reais na LDO, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012 (Tabela 23).

Tabela 23. Evolução da Projeção da Renúncia Fiscal Estado de Mato Grosso – 2003 a 2011 e projeção sobre a Receita Total de Tributos, valores deflacionados pelo IGP-DI, a preços de 2012

Ano	Despesa Total	Pagamento dos Juros, Encargos e Amortização da Dívida	% dos Pagamentos referente a Dívida/Despesa Total do Estado	Receita Total de Tributos	Renúncia Fiscal	% da Renúncia/Receita Total de Tributos
2.003	8.412.283.742,39	1.025.131.856,37	12,19%	6.380.193.794,68	86.554.417,83	1,36%
2.004	8.106.473.479,94	974.242.078,89	12,02%	6.055.595.344,14	60.753.403,45	1,00%
2.005	8.372.940.207,81	1.077.792.481,45	12,87%	6.070.552.732,83	1.802.472.424,99	29,69%
2.006	8.380.139.972,38	933.670.494,00	11,14%	5.934.345.662,79	1.945.690.369,62	32,79%
2.007	8.947.246.459,14	952.516.491,60	10,65%	6.820.701.534,58	1.651.345.407,21	24,21%
2.008	10.869.887.420,57	970.823.011,60	8,93%	7.264.609.588,21	1.703.603.834,05	23,45%
2.009	11.497.518.867,69	1.017.715.122,30	8,85%	7.019.162.504,56	1.875.752.842,25	26,72%
2.010	11.839.186.948,75	1.061.536.146,21	8,97%	7.372.186.328,07	1.867.266.064,80	25,33%
2.011	12.570.014.066,60	1.163.180.088,90	9,25%	7.640.456.921,81	957.187.319,35	12,53%

Fonte: Elaboração da autora a partir dos Balanços do Estado de Mato Grosso Relatório Do Contador volume – I e Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Se por um lado a renúncia de receita, se monitorada e avaliada, poderia trazer aumento no nível de emprego e renda de uma comunidade, verificou-se uma redução na receita disponível para o financiamento das políticas sociais, já que reduzidos os impostos vinculados ao consumo, principais fontes do financiamento das políticas, principalmente do SUS.

A magnitude da renúncia da receita, sua totalidade realizada de tributos é significativa, podendo-se concluir que o governo apostou alto nessa política como impulsionadora da economia.

Entretanto, o Relatório de Auditoria dos Incentivos Fiscais Concedidos pelo Governo do Estado de Mato Grosso, solicitado pela Assembleia Legislativa em 2009, apresentou alguns achados interessantes, como: a expansão dos benefícios fiscais em Mato Grosso evoluíram a um ritmo maior que os gastos com educação, saúde e segurança; a expansão dos benefícios fiscais em Mato Grosso tem evoluído a um ritmo maior que o crescimento do PIB estadual; inconsistências na divulgação de dados oficiais revelaram falhas no acompanhamento e controle dos incentivos fiscais por parte da Secretaria de Estado de Fazenda - SEFAZ, da Secretaria de

Estado de Indústria, Comércio, Minas e Energia - SICME e da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Rural e Agricultura Familiar - SEDER a renúncia fiscal está crescendo a um ritmo maior que a receita tributária de Mato Grosso; os incentivos não programáticos, geridos pela SEFAZ, foram os que mais têm crescido, pois tais incentivos não exigiram contrapartida e possuem menos mecanismos de controle (MATO GROSSO, 2009).

Dos números apresentados, o que fica mais evidente é que no Governo Blairo Maggi as prioridades tiveram como centralidade as políticas que beneficiaram o setor produtivo do Estado, ampliando o número das renúncias fiscais e o pagamento das despesas referente à dívida estadual (Tabela 23).

Assim como Mato Grosso, a renúncia fiscal é prática recorrente por parte da União, prejudicando duplamente o financiamento do SUS já que o mesmo é responsabilidade dos três entes federados, inclusive, com a isenção da principal atividade econômica do estado, a agroindústria exportadora, por meio da EC – 33 de 2001. Desta forma, quem deveria ser o principal financiador no estado é quem mais isenção possui (SILVA, 2008).

Portanto, a magnitude dos recursos alocados para a SES, para a Atenção Primária e para a Estratégia, esteve alinhada aos demais indicadores analisados, pois demonstrou que houve intenção para a ampliação de uma política social com possibilidades importantes, como a mudança do modelo de atenção à saúde vigente no país e em Mato Grosso, porém, sem a materialização financeira no orçamento público e não assegurados de maneira contínua os recursos orçamentários, quando disponíveis, não apresentaram execução satisfatória e, assim, não alcançaram os objetivos e metas propostas (BOSCHETTI, 2005).

Assim, mesmo que a base legal instituída e formalizada definisse a política como prioridade, como demonstrando nas seções anteriores, o processo de materialização da política não ocorreu no orçamento público ao ponto de contribuir para a promoção de mudanças no modelo de atenção à saúde.

Mesmo que não fosse a única forma ou método, a análise do financiamento e gastos da saúde em Mato Grosso mostrou por que houve estagnação nesse período, até a sua redução em 2011 na cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família. A restrição nas fontes de financiamento, o perfil econômico do Estado, as oscilações nos orçamentos iniciais e nos finais autorizados, a baixa execução, a prioridade no setor produtivo, entre outras variáveis, demonstraram que

o caminho tomado, de fato, pela política do Estado não conduziu à ampliação da Estratégia nos municípios mato-grossenses e, conseqüentemente, à melhoria na condição e qualidade de vida de seus cidadãos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propor, como preocupação central da dissertação, a Estratégia Saúde da Família como uma possibilidade de acesso às ações e serviços de saúde, buscou-se analisar o financiamento estadual para Estratégia Saúde da Família - ESF e o quanto ele influenciou no processo de implantação da mesma nos municípios mato-grossenses.

A partir das leituras, da coleta dos dados, organização dos documentos e sua análise, aos poucos, ficou evidente que as políticas, enquanto resultado das relações que se estabeleceram entre o Estado, a sociedade e o mercado, influenciaram significativamente o financiamento da Secretaria de Estado de Saúde e, conseqüentemente, na Estratégia no estado de Mato Grosso.

Essas relações e suas influências podem ser percebidas no financiamento da saúde e da Estratégia, como demonstrado nas seções anteriores, que o estado de Mato Grosso optou pela contrarreforma na condução das políticas públicas, por meio da redução do papel do Estado (privatização, extinção de órgãos e concessões), descentralização das políticas públicas aos municípios sem os devidos recursos, a padronização de normas e critérios, transferência dos recursos do SUS para o setor privado e por fim o sub-financiamento ou a não priorização do financiamento da atenção primária no orçamento público do Estado.

Ao longo da pesquisa, outros pontos também chamaram atenção e é por meio destes que desenvolveremos essas considerações finais de nosso estudo.

Primeiramente, a contrarreforma, consequência da adesão pelo Estado brasileiro às ideias neoliberais, foi e é um balde de água fria nos resultados alcançados em momento marcado por um efervescente, guerreiro, criativo e político movimento social em busca de um Estado brasileiro vocacionado ao social.

O Brasil saía de uma ditadura – que utilizou das políticas sociais enquanto manobra de cooptação popular, trocando a democracia por uns poucos produtos sociais – para um país que reconquistou o sistema democrático, porém, ao contrário do que muitos pensavam, continua tratando as políticas sociais não tanto como meio de cooptação, mas indiferente às transformações que as mesmas podem causar na realidade brasileira e muito menos como direito resultante de lutas sociais.

A contrarreforma deixou clara algumas das intenções do governo, como a privatização, a descentralização e a focalização; Mato Grosso seguiu e ainda segue todos os itens do receituário neoliberal.

Ao se analisar a origem do financiamento das políticas públicas no Brasil, ficou evidente que o sistema tributário brasileiro onera muito mais a classe trabalhadora e os mais pobres, que as camadas mais privilegiadas economicamente. Em Mato Grosso, essa característica permanece, uma vez que a política de saúde no estado é basicamente financiada por impostos que tem como base de incidência o consumo, não distinguindo quem consome, tratando desiguais como iguais.

A concentração do financiamento da Secretaria de Estado de Saúde nos impostos que incidem sobre o consumo, mais especificamente em um apenas, o ICMS, fragiliza e torna instável a execução de políticas públicas no estado.

Outro ponto analisado foi a centralidade do financiamento das políticas pela União, resultado de uma articulação intensa na busca pela recentralização da competência de tributar, especialmente pós-1988, e isso foi conseguido voltando a ser a maior detentora do fundo público brasileiro e, conseqüentemente, a maior financiadora.

A União utilizou o financiamento como poder de indução e controle para a adesão dos Estados e municípios às políticas nacionais, o que feriu gravemente a autonomia dos entes sobre a gestão dos serviços públicos, no seu território, Mato Grosso também fez uso dessa estratégia, uma vez que a maioria dos municípios apresentava dependência significativa dos recursos transferidos pela União e Estado, a arrecadação própria se mostrou insuficiente para cobrir as responsabilidades assumidas pós-constituente, ou seja, a preocupação que se tinha com o Pacto Federativo, de termos um Estado brasileiro com alto grau de autonomia, não se concretizou e fez deste ente (município) forte dependente dos demais e, em alguns casos, apenas executores dos programas federais.

Uma observação importante é que nenhum documento analisado apresentou a memória de cálculo que definiu os valores a serem repassados pela União e pelo estado de Mato Grosso aos municípios. Não há instituídos sistemas de informação estruturais e confiáveis que trabalhem com a questão dos custos, seja das unidades assistenciais ou sobre os serviços de saúde.

Assim, tanto o Ministério da Saúde como Mato Grosso partiram do princípio que uma equipe de Saúde da Família tenha o mesmo custo em qualquer parte do território, o que sabemos não condizer com a realidade.

Outro ponto da contrarreforma foi o da descentralização, que poderia ser positiva quanto à realização de um planejamento que considerasse as características municipais e regionais, porém passou a ser somente uma descentralização de responsabilidades tomando como ponto de partida as políticas nacionais e não as iniciativas e necessidades municipais, regionais e estadual.

Ao padronizar normas, procedimentos e recursos num território extenso e tão diversificado como é o Brasil, ocorreu uma grande chance destas políticas não se efetivarem, além de se perder um grande esforço técnico, institucional e financeiro.

E, infelizmente, é o que vemos em todo processo de construção da política pública de saúde no Brasil: um aglomerado de legislações, normas, decretos, leis, portarias, manuais, políticas e programas, que tentam organizar um sistema de saúde pautado em princípios tão complexos quanto “fazer igual” em regiões que possuem diferenças significativas, que vão destas aquelas onde chove todos os dias e outra que não chove por nove meses.

A mesma formula também ocorreu com a Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. Primeiramente, a Estratégia Saúde da Família foi a única opção para mudança de um modelo de atenção à saúde que, por não alterar os processos de trabalho, principalmente do profissional médico se constituiu em meio caminho para que esse objetivo não seja alcançado.

Além disso, o fato que como no resto do mundo, e no Brasil não foi diferente, alguns conceitos defendidos, por exemplo, pelo movimento sanitário foram utilizados como argumento ou justificativa para se por em prática as ideias neoliberais. Foi o caso da Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família, pois, se houvesse qualidade nas ações e serviços, conseguir-se-ia reduzir consideravelmente os problemas de saúde da população sob sua responsabilidade, entretanto, esse ideário passou a ser utilizado como mecanismo para redução dos valores alocados, acreditando ser esse nível de atenção de baixo custo e complexidade.

Essa racionalização dos custos, de acordo com a lógica de eficiência, que tem como princípio fazer mais com menos, constituiu em estratégia para destinar maiores recursos para os níveis de atenção de média e alta complexidade, onde pode haver uma maior transferência dos recursos públicos ao setor privado.

Assim, o Brasil conseguiu avançar na descentralização do SUS, principalmente para os municípios que ganharam autonomia no pacto federativo, a partir de 1988, utilizando-se da Atenção Primária. Em 2011, todos os municípios brasileiros eram responsáveis por esse nível de atenção.

Em Mato Grosso, a Estratégia Saúde da Família foi definida como política principal para garantir o acesso da população ao SUS ou como assim a denominam a “porta de entrada” ao sistema.

É claro que o momento vivido pela Secretaria de Estado de Saúde, em 2001, quando da implantação da Política Estadual de Financiamento para a Atenção Primária, que contemplou, além dos recursos para a Estratégia Saúde da Família o Programa de Incentivos à Implantação dos Agentes Comunitários de Saúde nos assentamentos rurais, foi resultado de uma ampliação considerável dos recursos orçamentários em virtude da implantação da Emenda Constitucional n. 29/00.

Entretanto, nos documentos analisados ficou clara a dicotomia entre o discurso da área econômica e financeira do Estado e a área técnica da Secretaria de Estado de Saúde, quando se nota um esforço enorme por parte da Secretaria em registrar, em documentos, que a saúde é responsabilidade do Estado e que a mesma deve ser ofertada por uma rede pública de saúde, organizada a partir da Atenção Primária, não como mecanismo de redução de custo, mas como potencial para melhoria na qualidade de vida da população mato-grossense.

Porém, o que se vê no financiamento e nos gastos do estado de Mato Grosso e da Secretaria de Estado de Saúde demonstra que, na correlação de forças entre as políticas econômicas e as sociais, a última vem perdendo constantemente as lutas.

Quando analisada a direção destes gastos, verifica-se que a classe trabalhadora e os segmentos mais pobres são atendidos por meio de uma Atenção Primária resolutiva, se não em sua residência ou na unidade de saúde, ficando aos cuidados de uma equipe Saúde da Família do território esses segmentos se inserem. Os números demonstraram que a Política Estadual de Financiamento da Estratégia Saúde da Família, por ter uma base de financiamento restrita e uma descontinuidade orçamentária, apresenta-se como obstáculo à consolidação enquanto política pública que promova mudanças de fatos.

Isso porque, sobre o orçamento total do estado, a política de saúde tem uma representatividade que não alcança, em média, 10% dos gastos. Indagamos, então, como ampliar serviços e ações se não há ampliação de recursos?

Apesar do marco teórico sobre planejamento estabelecer como subsídio a situação de saúde da população, suas reivindicações e necessidades para a definição das prioridades, o que se percebe é que tal ampliação da demanda não foi acompanhada pelo financiamento público.

Ainda se estivéssemos num estado com elevado percentual de crescimento do PIB, a estagnação no percentual teria impacto menor, pois haveria acréscimo de recursos em virtude do crescimento da economia, entretanto, não é esse o caso de Mato Grosso, pois o mesmo apresentou um crescimento no seu PIB de 24,00%, entre 2003 e 2010, menor que o acumulado IPCA para o mesmo período entre 2003 e 2010, que foi de 46,29%.

Então, é preciso ampliar os recursos independentemente do crescimento econômico do estado, isso se existir interesse político em ampliar as ações e os serviços de saúde aos cidadãos mato-grossenses.

O que se pode analisar do caminho seguido pela Secretaria de Estado de Saúde é que esta se assemelha ao Estado no que confere ao comprometimento em mais da metade do orçamento com a despesa de pessoal e encargos sociais (folha de pagamento dos ativos).

Assim, se o Pacto pela Saúde reafirma o comando único direcionando aos estados e municípios como principais executores das políticas de saúde, a restrição nos recursos disponíveis ao financiamento, principalmente para as unidades municipais, acarreta dificuldade de acesso da população aos serviços e ações de saúde, considerando que as mesmas residem no município, primeira referência territorial construída antes mesmo do Estado.

Além do comprometimento dos recursos estaduais com a despesa de pessoal, a restrição na base de financiamento, a não ampliação real dos recursos, ganham musculatura as transferências feitas à iniciativa privada, o que torna mais difícil garantir a universalidade, como preceitua o SUS.

Ao contrário do que acontece com os recursos transferidos aos municípios para a Estratégia Saúde da Família, sobre a despesa total da Secretaria que diminui ano após ano, mesmo mantendo-se a “esperança” ao identificar que as metas, ao contrário, apresentam previsão de crescimento constante da cobertura da população

pela Estratégia e assim as metas são registradas nos instrumentos de planejamento, isso não ocorre com as transferências as ações, do poder público para a iniciativa privada.

Como na União, Mato Grosso tem aumentado a participação do “complementar” nas ações e serviços, principalmente nos ambulatoriais e hospitalares. Igual aumento, desta vez significativo, se observa nos recursos transferidos às entidades privadas sem fins lucrativos, durante esse período, o que demonstra que o Estado prioriza o modelo hospitalar de saúde e não a prevenção e promoção dela.

Isso se torna um ciclo vicioso no processo saúde-doença, o que poderia ser prevenido e tratado na atenção primária e a um custo menor, aumentando a demanda para a média e alta complexidade a um custo exponencialmente maior.

Ao lado do avançar da iniciativa privada na oferta dos serviços ambulatoriais e hospitalares, somados a uma redução no número de leitos na rede pública, o que fortalece a dependência para com o privado.

Entretanto, Mato Grosso possui uma particularidade: observa-se a redução no número de leitos privados, o que nos leva a questionar que nível de acesso a população está tendo a esses serviços se a rede como um todo está diminuindo no Estado, ou improvável, a população não está adoecendo?

Se a direção dada aos gastos não contempla a Estratégia Saúde da Família enquanto política prioritária, a magnitude dos gastos responde que, de certa forma, a política foi mantida e até houve crescimento, a exceção de 2011, porém num ritmo que não provocará alterações de imediato no modelo de saúde vigente e muito menos na condição de saúde da população.

Observando números mais expressivos do orçamento de Mato Grosso, é evidente um priorizar das atividades econômicas, seja por meio do aumento da financeirização do Estado, pelo aumento exponencial em 1.000% para a renúncia fiscal, ou a execução de Programas que deram identidade ao governo Blairo Maggi, a exemplo do Programa Estradeiro, que teve como objetivo assegurar condições de trafegabilidade na malha rodoviária estadual. Isso não condiz com a grande estratégia construída no primeiro PPA desse governante, que trazia como meta o desenvolvimento de políticas públicas que levariam a um “Ajuste Social”.

Na segunda seção da presente dissertação foi feita uma pergunta e, ao final dela, algumas considerações que a responde em parte; entretanto, ao analisar o

financiamento pode-se concluir que, mesmo avançando na descentralização do SUS no Estado, principalmente por meio da atenção primária, pela Estratégia Saúde da Família e, conseqüentemente, no acesso da população às ações e serviços, este não consegue manter uma regularidade que contribua para uma ampliação que leve a mudança do modelo de atenção à saúde.

Os recursos finais autorizados são insuficientes para alcançar a meta pretendida e, os valores pagos, menores ainda. Então, a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde nos municípios ocorreu, manteve e poderia ter sido maior, caso a Política Estadual de Financiamento para a Estratégia Saúde da Família houvesse transcorrido conforme planejado nos Planos Estaduais de Saúde e nos PPAs.

É preciso mencionar o esforço municipal em garantir também esse acesso por meio da aplicação dos recursos acima do previsto pela Emenda Constitucional n. 29/00.

Entretanto, a partir do processo de pesquisa foi possível observar que o financiamento, apesar de ser um determinante relevante na análise sobre a política de saúde não pode ser considerado a variável que por si só influencie ou explique a situação de saúde em que o Brasil e Mato Grosso se encontram, há outros determinantes que necessitam ser analisados e podem completar esta análise, como: a centralidade da saúde no ato médico; se o modelo de saúde definido hoje é o mais apropriado para as diversas e diferentes regiões do país; um sistema tributário regressivo; a formação dos profissionais de saúde; a desigualdade social; federalismo que não conclui; etc.

Assim, é preciso um esforço ainda maior por parte do estado de Mato Grosso e da Secretaria de Estado de Saúde no enfrentamento muito além da questão do financiamento, porém o início pode ser por uma ampliação dos recursos, disseminação das informações sobre o fundo público para a sociedade e em oportunizar o aperfeiçoamento da gestão municipal de saúde, já que todas as normativas reforçam neste ente (município) e nas regiões de saúde o caminho para a organização e consolidação do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- AFFONSO, Rui de Britto Álvares. Descentralização e reforma do Estado: a Federação brasileira na encruzilhada. *Economia e Sociedade*, Campinas, n. 14, jun. 2000. p. 127-152.
- ALENCAR, André. Leis Complementares e Leis Ordinárias. [HTTP://andreconcursos.blogspot.com.br/2011/08/leis-complementares e leis ordinarias.html](http://andreconcursos.blogspot.com.br/2011/08/leis-complementares-e-leis-ordinarias.html), acesso em 31 ago. 2012. 4 p.
- 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. 203 p.
- ARAÚJO, Vinícius de Carvalho. *Estado de reforma: reflexões sobre a experiência de reforma do Estado de Mato Grosso*. Cuiabá: Tanta Tinta, 2005. 213 p.
- ARRETCHE, Marta T. S. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan, 2000. 302 p.
- _____. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012. 227 p.
- AUGUSTO, M. H. O; COSTA, O. V.. A saúde no Brasil Paradoxos e dilemas. *Revista São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-3, out./dez. 1987. p. 59-63.
- BEZERRA, C. I. L. Sistema Único de Saúde: revisão para concursos. http://nursingroom.files.wordpress.com/2010/02/sus_revisao-para-oncursos.pdf. Acesso em 02 abril 2013. 2009. 57 p.
- BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2. ed. São Paulo: Cortez. 2008. 304 p.
- BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: Fundamentos e História*. São Paulo: Cortez, 2011. 213 p.
- BOSCHETTI, Ivanete. *A execução orçamentária da política de assistência social e dos programas para crianças e adolescente*. A Abong nas Conferências 2005 Criança e Adolescente - Assistência Social. Brasília s.ed., 2005. p. 12-30.
- _____. *Seguridade social e trabalho: paradoxo na construção das políticas de previdência social no Brasil*. Brasília: Letras Livres; EdUnB, 2006. 319 p.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo n. 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 446 p.

_____. *Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* Brasília: Diário da União, 19 de setembro de 1990. 19 p.

_____. *Lei n. 8.142 – de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.* Brasília: Diário da União, 31 de dezembro de 1990. 3 p.

_____. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.* Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. 68 p.

_____. *Conselho Monetário Nacional CMN n. 162/95. Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal dos Estados.* Brasília: CMN, 1995. 6 p.

_____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 93.* Brasília: Diário da União, de 20 de maio de 1993. 14 p.

_____. *Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96.* Brasília: Diário da União, de 05 de novembro de 1996. 23 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.* Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 37 p.

_____. *Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.* Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 11 p.

_____. *Instrução Normativa n. 01/98 de 2 de janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96.* Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 42 p.

_____. *Portaria GM/MS n. 3.925/98 de 13 de novembro de 1998. Aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria.* Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 15 p.

_____. *Portaria nº 157, de 19 de fevereiro de 1998. Estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família.* Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 3 p.

_____. *Emenda Constitucional n. 19, de 1998*. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, 4 de junho de 1998. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal, 1998. 11 p.

_____. *Emenda Constitucional n 20, de 1998*. Modifica o Sistema de Previdência Social, estabelece normas de transição e dá outros providências. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal 1998. 9 p.

_____. *Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998*. Organizações Sociais Dispõem sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal 1988. 7 p.

_____. *Lei no 9.790, de 23 de março de 1999*. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal 1999. 6 p.

_____. *Portaria nº832 de 29 de junho de 1999*. Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da atenção básica a saúde, quanto a resultados a serem lançados e quanto a oferta de serviços financiados pelo piso da atenção básica pab, conforme expresso na Norma Operacional Básica do SUS 01/96 e no Manual para organização da atenção básica a saúde. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal 1999. 7 p.

_____. *Portaria n. 1329/GM Em 12 de novembro de 1999*. Estabelecer nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso da Atenção Básica – PAB. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal 1999. 2 p.

_____. *Portaria n.º 1.348/GM em 18 de novembro de 1999*. Define critérios para a regulamentação do incentivo a municípios que tenham projetos similares ao Programa de Saúde da Família. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal, 1999. 1 p.

_____. *Portaria GM n. 1.350, de 18 de novembro de 1999*. Define critérios para a transferência de recursos dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais de Saúde. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal, 1999. 1 p.

_____. Lei de Responsabilidade Fiscal (2000). Lei de responsabilidade fiscal : Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. — Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, (Série Fontes de Referência. Legislação, n. 30). 2000. 28 p.

_____. Portaria n.º 1.444/GM em 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal, 2000. 2 p.

_____. *Portaria n. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001*. Aprova Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal, 2001. 2 p.

_____. *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02* e Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 71 p.

_____. *Emenda Constitucional n. 41*, de 19 de dezembro de 2003, que Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional n. 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal, 2003. 6 p.

_____. *Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000*. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal, 2003. 4 p.

_____. *Resolução n.º 322*, de 08 de maio de 2003. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 8 p.

_____. *Portaria n. 2.023, de 23 de setembro de 2004*. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal, 2004. 4 p.

_____. *O Financiamento do SUS*. Elias Antonio Jorge. Diretor do Departamento de Economia da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. 8 p.

_____. *Portaria n.º 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Brasília: Diário Oficial da União, 22 fev. 2006. 27 p.

_____. *Portaria n. 699*. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Diário Oficial da União, 30 mar. 2006. 5 p.

_____. Portaria GM/MS n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário da União, 29 de março de 2006. 18 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regulamento dos pactos pela vida e de gestão* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 146 p.

_____. Portaria n. 91/GM de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 31 p.

_____. Portaria n. 204/GM de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Diário Oficial da União, 31 jan. 2007. 6 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8) Brasília: CONASS, 2007. 232 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Termo de compromisso de gestão municipal* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. . : il. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 48 p.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Boletim de Políticas Sociais - acompanhamento e análise*, Brasília, n. 13, edição especial, 2007. p. 115-154.

_____. Portaria n. 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 24 abril. 2009. 3 p.

_____. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional n. 29, de 2000. Brasília: Governo Federal, 2012. 39 p.

_____. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. 534 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9). Brasília: CONASS, 2011. 120 p.

_____. *Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário da União, Brasília 24 de outubro de 2011. 30 p.

_____. *Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011*. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4 p.

_____. *Portaria n. 2.396, de 13 de outubro de 2011*. Estabelece o valor mensal integral do incentivo financeiro do (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável PAB Variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 1 p.

_____. *Decreto n° 7.508 de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 9 p.

_____. FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *A Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012. 11 p.

_____. *Orçamento Brasil – Instrumento de Planejamento e Orçamento*. Câmara dos Deputados Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/cidadao/entenda/cursopo/planejamento.html> Acesso em 20 de maio de 2013. 7 p.

_____. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. *Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências*. Brasília: Casa Civil, 2013, 3p.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Política de Saúde no Brasil*. Serviço. Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Disponível em: <http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto1-5.pdf> Acesso em 01 de maio de 2013. 24 p.

_____, Maria Inês S. et al.(Org.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. 264 p.

BRESSER, Luiz Carlos. *Reforma administrativa do sistema de saúde*. Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD. Buenos Aires: 25 de outubro. 1995. 10 p.

BUENO, Wanderlei Silva; MERHY Emerson Elias. *Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?* Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf> Acesso em 26 de outubro de 2012. 17 p.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(1), 2002. p. 11-21.

CALIPO, MARIA SYLVIA. *Saúde, Estado e Ética NOB/96 e Lei das Organizações Sociais: A privatização da Instituição Pública na Saúde?* 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002. 135 p.

CARVALHO, Gilson. O financiamento público da saúde no bloco de Constitucionalidade. Disponível em <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16finanpublico.pdf> Acesso em 6 de abril de 2012. 41 p.

CHAUÍ, Marilena. *Universidade em Liquidação. Revista Eletrônica Folha online. São Paulo*, 1999. 5 p.

CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996. 335 p.

COSTA, Lucia Cortes da. *Os Impasses do Estado Capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil*. Ponta Grossa: UEPG: São Paulo: Cortez. 2006. 259 p.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Marxismo e política: a dualidade poderes e outros ensaios*. São Paulo: Cortez; 1994. 160 p.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. 133 p.

DEMARZO, M. M. P.; FONTANELLA, B.J. B.; MELLO, G. A. Atenção Básica E Atenção Primária À Saúde - Origens e Diferenças Conceituais. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. Juiz de Fora, 2009. p. 204-213.

DRAIBE, M. SONIA. As políticas sociais e o neoliberalismo. *Revista USP*, n. 17. São Paulo, 1993. p. 86-101.

ENGEL, M.; VITTO G. A criação dos Núcleos de Administração Sistêmica - Inovando a gestão de serviços administrativos em Mato Grosso. *Anais...* I Congresso de Gestão Pública, Brasília-DF, 26-28 mai. 2008, p. 1-20.

FAGNANI, Eduardo. *Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. Campinas, 2005, 601 f. Tese (Doutorado Política) – Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, 2005. 605 p.

_____. Avaliação do Ponto de Vista do Gasto e Financiamento das Políticas Sociais. In: RICO, Elizabeth. *Avaliação de Políticas: uma Questão em Debate*. São Paulo, Cortez; IEE/PUC/SP, 2009. 155 p.

_____. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. *SER SOCIAL: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social/Universidade de Brasília*. Departamento de Serviço Social. Brasília. 2011. p. 41-80.

FIORI, José Luís. *O Consenso de Washington*. Palestra proferida pelo professor. Rio de Janeiro: Centro Cultural Banco do Brasil, 4 de setembro de 1996. Patrocínio: Federação Brasileira de Associações de Engenheiros – FEBRAE. 1996.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *PSF: Contradições de um Programa destinado à mudança do Modelo Tecnoassistencial*. O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. Disponível em <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/PSF-contradicoes.pdf> Acesso em 19 de abril de 2013. 35 p.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 200 p.

GONÇALVES, Reinaldo. *Novo Desenvolvimentismo e Liberalismo Enraizado*. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 112, p. 637-671, out./dez. 2012.

GONZALEZ, Humberto Pérez. *Economia Política do capitalismo: breve exposição da doutrina econômica de Karl Marx*. Lisboa: Seara Nova, 1977. 208 p.

GOULART, Flávio de Andrade. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formação das NOBs. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 292-300. 2001, p. 292-318.

HARVEY, DAVID. Tradução Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. *O Neoliberalismo historia e implicações*. São Paulo: Loyola, 2008. 256 p.

JUNQUEIRA, L. A. P.; TREVISAN N. L. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4). 2007, p. 893-902.

MANDEL, E. Tradução Carlos Eduardo Silveira Mato, Regis de Castro Andrade e Dinah de Abreu Azevedo. *O capitalismo Tardio*. São Paulo: Abril Cultura, 1982. (Os Economistas). 416 p.

MARX, KARL. Tradução Ronaldo Alves Schmidt. *O capital. (Crítica da economia política)* Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973. 395 p.

_____. Tradução José Carlos Bruni e Marco Aurélio Nogueira. *A Ideologia Alemã*. São Paulo: Hucitec, 1996. 138 p.

MATO GROSSO. *Constituição do Estado de Mato Grosso*. Cuiabá: PUBLIAL - Publicações Assembleia Legislativa, 2011. 128 p.

_____. *Lei Complementar nº 22, de 09 de novembro de 1992*, institui o Código Estadual de Saúde. Cuiabá, Diário Oficial de Mato Grosso, 1992. 28 p.

_____. *Lei n. 6.028, de 06 de julho de 1992*, a criação do Fundo Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso. Cuiabá: SES, 1992. 7 p.

_____. *Frente Cidadania e desenvolvimento*. Plano de Metas, Mato Grosso 1995-2006: Plano Estratégico e Programa de Governo. Cuiabá: SES, 1995. 110 p.

_____. *Lei n. 6.695, de 19 de dezembro de 1995* – D.O. 19.12.95. Autoriza o Poder Executivo a aderir ao Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal de Estados, proposto pelo Conselho Monetário Nacional, e dá outras providências. Cuiabá: SES, 1995. 3 p.

_____. *Decreto n. 752, de 22 de janeiro de 1996*. Institui, no âmbito do Poder Executivo, o Programa de Reforma do Estado de Mato Grosso e dá outras providências, Cuiabá: SES, 1996. 7 p.

_____. *Resolução CIB n. 005/97, de 09 de maio de 1997*. Dar início ao processo de preparação para habilitação dos municípios na Norma Operacional Básica 01/96. Cuiabá: SES, 1997. 4 p.

_____. *Frente Cidadania e Desenvolvimento*. Plano de Metas Mato Grosso 1995-2006. Visão Estratégica & Programa de Governo. Versão 1999-2006. Cuiabá: Governo Estadual, 1998. 80 p.

_____. *Resolução CIB n. 018 de 05 de Junho de 1998*. Dispõe sobre o fluxo das informações de manutenção do PACS e PSF, no Estado de Mato Grosso. Cuiabá, SES, 1998. 1 p.

_____. *Resolução CIB n. 041 de 03 de dezembro de 1999*. Flexibilização do processo de implantação do PSF. Cuiabá: SES, 1999. 7 p.

_____. *Lei n. 7.225, de 22 de dezembro de 1999*. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2000 a 2003 - PPA 2000-2003, e dá outras providências. Cuiabá: Governo Estadual, 1999. 2 p.

_____. *Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995-1998*. Anexo I - Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários. Cuiabá: SES, 2000. 184 p.

_____. *Saúde Pública em Mato Grosso. 1995 – 1999 Ações & Perspectivas. Secretaria de Estado de Saúde. Cuiabá: SES, 2000. 22 p.*

_____. *Decreto n. 1.169, de 18 de Fevereiro de 2000. Autoriza a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso a instituir o Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária, no âmbito do Estado de Mato Grosso, e dá outras providências. Cuiabá: SES, 2000. 2 p.*

_____. *Resolução CIB n. 003, de 24 de abril de 2000. Aprovar o Plano Estadual de Saúde de Mato Grosso (PES/MT) para o quadriênio 2000/2003. Cuiabá: SES, 2000. 1 p.*

_____. *Resolução n. 13 de 03 de maio de 2000 - Conselho Estadual de Saúde. Aprovar o Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2000-2003. Cuiabá: SES, 2000. 1 p.*

_____. *Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2000 – 2003 / Redação e Organização de Alice Maria Garcia Vaz, et alli. – Cuiabá, 2000. 138 p.*

_____. *Resolução CIB n. 029 de 06 outubro de 2000. Dispõe sobre os Indicadores de Acompanhamento da Atenção Básica dos serviços de saúde para o Estado de Mato Grosso para 2000. Cuiabá: SES, 2000. 16 p.*

_____. *Caderno do gestor municipal de saúde de Mato Grosso Cuiabá: SES, 2001. 198 p.*

_____. *Decreto n° 2.312, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a instituição do Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dá trás providências. Cuiabá: SES, 2001. 4 p.*

_____. *Portaria n. 026/2001, de 13 de fevereiro de 2001. Promover a reestruturação do Programa de Apoio à Saúde da Família e Comunitária no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS em Mato Grosso. Cuiabá: SES, 2001. 3 p.*

_____. *Portaria n. 042 de 28 de março de 2001. Promove o Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – PACIS, por meio de incentivo aos municípios consorciados, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Cuiabá: SES, 2001. 4 p.*

_____. *Portaria n. 043 de 29 de março de 2001. Institui o Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Cuiabá: SES, 2001. 3 p.*

_____. *Portaria n. 044 de 29 de março de 2001. Estabelece que o Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais. Cuiabá: SES, 2001. 4 p.*

_____. *Portaria n. 131 de 29 de agosto de 2001*. Nomear os abaixo relacionados para, sob a Coordenação do primeiro, comporem o Grupo de Condução da Habilitação dos Municípios do Estado de Mato Grosso na Norma Operacional da Assistência – NOAS/SUS 01/200. Cuiabá: SES, 2001. 2 p.

_____. *Resolução CIB n. 013/01, de 29 de Junho de 2001*. Dispõe sobre a aprovação da Instrução Normativa para implantação e operacionalização das equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família nos municípios do Estado de Mato Grosso. Cuiabá: SES, 2001. 1 p.

_____. *Portaria n. 053 de 22 de maio de 2001*. Estabelece que o Programa de Incentivo à Microrregionalização da Saúde. Cuiabá: SES, 2001. 4 p.

_____. *Portaria n. 059 DE 31 de maio de 200*. Institui o Programa de Incentivo à Microrregionalização da Saúde II. Nas áreas as ações e serviços nas áreas de Reabilitação, Hemoterapia e Centros de Atenção Psicossocial. Cuiabá: SES, 2001. 4 p.

_____. *Agenda Mato Grosso mais forte compromisso com o desenvolvimento e com a superação das desigualdades sociais e regionais*. Cuiabá: Governo Estadual, 2002. 50 p.

_____. *Resoluções: Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite – 2000. Série Legislação da Saúde em Mato Grosso – v. 4*. Cuiabá, 2002, p. 1- 287.

_____. *Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da integralidade da atenção./ Júlio Strubing Müller Neto (Org.)*. Cuiabá: SES, 2002. 338 p.

_____. *Portaria n. 151/SES/GS de 19 de novembro de 2002*. Nomear os abaixo relacionados para, sob a coordenação do primeiro, comporem o Grupo de Condução da Habilitação dos Municípios do Estado de Mato Grosso na Norma Operacional da Assistência – NOAS/SUS-01/2002 Cuiabá: SES, 2002. 1 p.

_____. *Resolução CIB n. 26 de 28 de junho de 2002*. Dispõem sobre a habilitação em Gestão Avançada do Sistema Estadual conforme NOAS 01/2002. Cuiabá: SES, 2002. 1 p.

_____. *Resolução CIB n. 033 de 24 de julho de 2002*. Aprovar a solicitação do pleito do Estado de Mato Grosso na Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual, de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS/01/02. Cuiabá: SES, 2002. 1 p.

_____. *Portaria n. 106/SES/GS/2003*. Promover a reestruturação do Programa de Apoio à Saúde da Família e Comunitária, no âmbito do Sistema Único de Saúde –

SUS – em Mato Grosso. Obs.: Não há alteração, somente autorização para execução sobre o orçamento vigente. Cuiabá: SES, 2003. 3 p.

_____. *Decreto n. 765 de 17 de junho de 2003*. Dispõe sobre o Sistema de Transferência Voluntária de Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências. Cuiabá: SES, 2003. 3 p.

_____. *Projeto de Lei PPA 2004-2007*. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral. Disponível no site <http://www.seplan.mt.gov.br/arquivos/PPA%202004-2007.PDF>. Cuiabá: Seplan, 2003. 265 p.

_____. *Lei n. 8.064, de 30 de dezembro de 2003*. Aprova o PPA 2004-2007. Diário Oficial de Mato Grosso, Cuiabá: 2003. 4 p.

_____. *Decreto n. 6.199, de 08/08/2005*. Que trata da reorganização administrativa por meio de unidades sistêmicas. Diário Oficial de Mato Grosso Cuiabá, 2005. 5 p.

_____. *Política Estadual de Saúde - Realinhamento 2005*. Cuiabá: SES, 2005. 15 p.

_____. *Leis: Decretos: Portarias: Mato Grosso. – 2001..* Cuiabá, Central de Textos, 2005. (Série Legislação da Saúde em Mato Grosso, v. 7). 225 p.

_____. *Portaria n. 005, de 12 de janeiro de 2005*. Estabelece Incentivo Financeiro Estadual às Ações da Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família. Cuiabá: SES, 2005. 2 p.

_____. *Portaria 078, de 11 de maio de 2005*. Institui o Núcleo Coordenador das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. Cuiabá: SES, 2005. 3 p.

_____. *Lei Complementar n. 264, de 28/12/2006*, que instituiu os Núcleos de Administração Sistêmica no âmbito do Poder Executivo Estadual. Diário Oficial de Mato Grosso, Cuiabá. 2006. 9 p.

_____. *Decreto n. 7.217*, de 14 de março de 2006, que regulamenta as aquisições de bens, contratações de serviços e locação de bens móveis no âmbito estadual. Diário Oficial de Mato Grosso. Cuiabá, 2006. 31 p.

_____. *Plano de Desenvolvimento de Mato Grosso MT+20*, define as grandes prioridades estratégicas para o desenvolvimento sustentável do Estado de 2006 a 2026. Cuiabá: SEPLAN-M, 2006. 46 p.

_____. *Portaria n. 26/GAB/SES* de 06 de março de 2006. Compor e nomear o Grupo Técnico de Condução e Implementação do Pacto Pela Saúde 2006 no Estado de Mato Grosso. Cuiabá: SES, 2006. 1 p

_____. *Lei n. 8.827*, de 17 de janeiro de 2008. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o quadriênio 2008-2011 e dá outras providências. Cuiabá: SES, 2008. 29 p.

_____. *Portaria n. 062* de 15 de maio de 2008. Instituir o Programa de Incentivo ao Alcance de Metas da Atenção Básica. Cuiabá: SES, 2008. 3 p.

_____. *Portaria n. 113 de julho de 2008*. Instituir o Programa de Incentivo ao Alcance de Metas da Atenção Básica, revoga a Portaria n. 062/2008. Cuiabá: SES, 2008. 3 p.

_____. *Resolução n. 22 de 24 de setembro de 2009*. Aprovar Plano Estadual de Saúde de Mato Grosso - PES/MT período de 2008/2011. Cuiabá: SES, 2009. 1 p.

_____. *2ª Exposição de Vigilância em Saúde de Mato Grosso e III Mostra Estadual de saúde da Família/ Secretaria de Estado de Saúde*. Superintendência de Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção Primária/SAS Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Superintendência de Vigilância em Saúde e Coordenadoria de Atenção Primária/SAS. *Anais da II EXPOVIGI*: Cuiabá: SES, 2009. p. 83.

_____. *Relatório de Auditoria dos Incentivos Fiscais Concedidos pelo Governo do Estado de Mato Grosso*. Realizado por solicitação da Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso. Tribunal de Contas do Estado – TCE-MT. Cuiabá, ALEMT, 2009. 114 p.

_____. *Anuário Estatístico 2010*. Vol. 32./ Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral - Seplan-MT, Cuiabá: Seplan, 2010.

_____. *Plano Estadual de Saúde Mato Grosso - 2008/2011*. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Gestão da Política de Saúde. Cuiabá: SES, 2010. 133 p.

_____. *Implantação do Pacto pela Saúde Estado de Mato Grosso*. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Gestão da Política de Saúde. Cuiabá: SES, 2010. 11 p.

_____. *Relatório de Ação Governamental – RAG*. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral - SEPLAN. Cuiabá: Seplan, 2003-2011.

_____. *Manual Técnico de Elaboração do Plano de Trabalho Anual e Lei Orçamentária 2013*. Secretaria de Planejamento e Coordenação Geral Superintendência de Planejamento e Orçamento. Cuiabá: Seplan, 2012. 182 p.

_____. *Balanço Geral do Estado*. Secretaria de Estado de Fazenda – SEFAZ. Cuiabá: Sefaz, 2003-2011.

MATTA, Gustavo Correa. *Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz; EPSJV, 2007. p.61-80.

MAY, Tim. *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 288 p.

MEDEIROS, Antonio Carlos. *Politics and Intergovernmental Relations in Brazil: 1964-1982*. New York & London: Garland Publishing Inc., 1986. 464 p.

MENDES. Eugenio Vilaça. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89 p.

MENICUCCI, M. A Política de Saúde no Governo Lula. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n. 2, 2011. p. 522-532.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 269 p.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. *Estado, classe e movimento social*. São Paulo: Cortez. 2011. 384 p.

_____. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”. *Lutas Sociais*, PUC-São Paulo, v. 8, 2002, p. 53-64.

MÜLLER NETO, Júlio Strubing; SOARES, N.R.F.; SCHRADER, F. T. (Orgs). *Políticas de saúde em Mato Grosso: participação social, descentralização e regionalização*. Cuiabá : EdUFMT. 2012. 235 p.

NETTO, José Paulo. *O Método em Marx*. Recife, Aula proferida na Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2002

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática*. 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2005. 263 p.

OLIVEIRA, Francisco de. *Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita*. Petropolis, RJ: Vozes, 1998. 231 p.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto de. *Economia e política das finanças públicas no Brasil: uma guia de leitura*. São Paulo: Hucitec, 2009. 325 p.

OLIVEIRA, M. M. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2007. 184 p.

PEREIRA, POTYARA A. P. *Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 215 p.

PIOLA, Sergio; VIANNA, Solon. Rompendo com as amarras no financiamento das políticas públicas de saúde. In: VAZ, Flavio; MUSSE, Juliano; SANTOS, Rodolfo. *20 anos de Constituição Cidadão. Avaliação e desafio da seguridade social*. Brasília; ANFIP, 2008. 233-240 p.

POCHMANN, Marcio. Políticas sociais e padrão de mudanças no Brasil durante o governo Lula. *Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social/Universidade de Brasília*. Departamento de Serviço Social. Brasília. 2011. p. 12-40.

PRZEWORKSKY, Adam. *Estado e Economia no Capitalismo*. Tradução Argelina Cheibub Figueiredo, Pedro Paulo Zahluth Bastos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. 149 p.

ONU. Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Brasília/New York: ONU, 1948. 4 p.

_____. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários e Saúde*. Declaração De Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. 3 p.

PEREIRA, POTYARA, *Revista Politizando*. Boletim do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social (NEPPOS/CEAM/UnB). Brasília, Ano 1 - 1ª ed. abril de 2009. p. 1-8.

REIS FILHO. Altino Satiro. *Renúncia Fiscal no Estado de Mato Grosso com o advento da Lei de Responsabilidade Fiscal*. 2004, TCCP (Especialização em Direito Financeiro e Tributário. Faculdade de Direito, UFMT, 2004. 73 p.

SALVADOR, Evilasio. *Fundo Público e seguridade social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010. 430 p.

SILVA. Marluce A. Souza e. *Nem déficit, nem superávit na Seguridade Social: Contra-reforma com retenções, renúncias e suplementações orçamentárias*. Brasília, 2008, 222 p. Tese (Doutorado em Política Social), Instituto de Ciências Humanas. Universidade de Brasília.

RODRIGUES, T. A.; SALVADOR, E. As implicações do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) nas Políticas Sociais. *Ser Social: Revista do Programa de Pós-*

graduação em Política Social/Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. Brasília. 2011. p. 129-156.

ROSA, Wag, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-am Enfermagem*, São Paulo, v. 13(6), novembro-dezembro. 2005. p. 1.027-1.034.

SADER, Emir (Org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 205 p.

SANTOS, José dos Santos Filho. *O futuro estatuto das empresas públicas e sociedades de economia mista*. Disponível em [http; HTTP://www.estacio.br/graduacao/direito/revista/revista4/artigo20.htm](http://www.estacio.br/graduacao/direito/revista/revista4/artigo20.htm). 2006. Acesso em 06 de agosto de 2012. 10 p.

SANTOS, Marlene de Jesus Silva. *Aspectos da Desconstrução da Reforma Democrática do Estado: perspectiva gerencial e precarização do trabalho*. 2006. Dissertação (Mestrado Política) – UnB, Pós-graduação em Política Social. Brasília. 2006. 160 p.

SCATENA, João Henrique Gurtler. *A avaliação da descentralização da Assistência à Saúde no Estado de Mato Grosso*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde ____) - Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo. 2000, 223 p.

SILVA, Ademir Alves da. *A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 255 p.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. *Gestão Pública e democracia: a burocracia em questão*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. 262 p.

SOARES, Laura Tavares. *Saúde para todos em 2005*. Projeto de Análise da Conjuntura Brasileira. Disponível em <http://www.outrobrasil.net/>. Acesso em: março de 2012. 2005. 5 p.

STARFIELD, BARBARA. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 177 p.

THEODORO, Mário; DELGADO Guilherme. *Política Social: Universalização ou Focalização – Subsídios para O Debate*. IPEA - Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise 7 ago. 2003. 5 p.

VASCONCELOS. Eymard Mourão. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 3, set/dez. 1999, p. 6-19.

VOLPE, G.C.M. Público, mas nem tanto: Crise, mas nem tanta: sobre fundos públicos e crise (fiscal) do Estado (capitalista). In: *Anais eletrônicos...* ANPED, 30, 2007, Caxambú. Caxambú, 2007. Disponível em: www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos/GT05-3158--Int.pdf. Acesso em: setembro de 2012.

ZIRMMERMANN, Clovis. A previdência rural brasileira no contexto das políticas públicas. *Revista Espaço Acadêmico*, 2005. p. 1-4.