

Período Itamar

Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PAIM, JS. Período Itamar. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 193-202. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

PERÍODO ITAMAR

Na ótica da equipe real, o Brasil é um país habitado pelo poder econômico e pela moeda. A saúde dos que representam o poder econômico está naturalmente protegida. E agora temos a saúde da moeda. Somos, afinal, um país saudável [...] Dinheiro público é para os juros que mais enriquecem a ciranda financeira (FREITAS, 1994, p. 1-5).

Após a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1992, que denunciou o não cumprimento da legislação sanitária e defendeu a municipalização da saúde, o novo governo efetuou esforços para a descentralização das ações e serviços de saúde, consubstanciados na Norma Operacional Básica 01/93, com o apoio do Conasems:

Nesse ponto, foi importante a vinda do Gilson Carvalho, secretário municipal de saúde de São José dos Campos/SP, para o Ministério da Saúde, por indicação do Conasems [...]. Nesse processo o Conasems foi extremamente importante e tem outros secretários que foram fundamentais nesse percurso. É importante ressaltar que aí surge a Frente Parlamentar da Saúde, independente de partidos políticos, que discute as propostas de saúde e seguridade (JAEGER *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 145)

Esta Norma estabeleceu diferentes condições de gestão (incipiente, parcial e semi-plena) para permitir a transição de uma situação em que os municípios eram tratados como meros prestadores de serviços para uma fase de municipalização plena, prevista pela legislação. Houve avanços no sentido da descentralização e da participação da comunidade, além da expectativa de que os conselhos de saúde poderiam implicar novas práticas contrárias ao clientelismo, troca de favores, nepotismo e formas patrimonialistas (FALEIROS *et al.*, 2006). O funcionamento dos conselhos era um dos requisitos para o repasse de recursos, podendo ser um espaço de constituição de sujeitos: “foi no conselho, como sindicalista, que eu aprendi a negociar, a ouvir, a ponderar, a fazer acordos naquilo que era possível e não naquilo que era o desejável” (DRUMMOND *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 133).

A Plenária de Saúde representou um espaço para a defesa do SUS, articulando atores e apoiando a descentralização pela via da NOB/93, conforme o seguinte depoimento:

Foi um momento muito interessante por seu poder de decisão e de mobilização, porque muitas das pessoas que vinham representando a Plenária eram também membros de secretarias de saúde, eram profissionais de saúde enquanto representantes de categorias profissionais. Então, no movimento da saúde é muito difícil dizer onde começa o movimento social, onde começa o movimento dos profissionais, onde está o movimento de gestores, porque tudo sempre foi muito imbricado (BARROS *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 147).

Não obstante o passo adiante efetuado no âmbito setorial para a implementação do SUS, a NOB-93 permaneceu ainda distante do marco legal, pois não valorizou a integralidade, nem investiu no redirecionamento do modelo de atenção. Enquanto isso, a saúde via-se ameaçada pela proposta de *revisão constitucional*. Se o movimento sanitário foi capaz de neutralizar as iniciativas, no sentido de “desconstitucionalizar” a saúde na revisão constitucional, não teve força para impedir duas outras ameaças: a implosão da Seguridade Social e a utilização da saúde nas barganhas político-partidárias. O SUS

enfrentou-se com o seqüestro dos recursos da saúde pelo Ministério da Previdência (Antônio Britto), apoiado pelo Ministério da Fazenda de então (Fernando Henrique Cardoso), com as pendências jurídicas, sonegação e adiamento do pagamento da Contribuição Financeira para a Seguridade Social (Cofins) pelos empresários, enfim, com o recrudescimento da “operação descrédito” capitaneada pelo próprio governo por intermédio da “área econômica”.

Ao assumir o Ministério da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso (FHC) teria sido alertado para os problemas que o setor saúde enfrentaria, mas aceitou a decisão do seu colega, Ministro da Previdência. Decidira que os repasses seriam feitos pela Secretaria do Tesouro, mas os atrasos consecutivos causaram uma perda de US\$ 5,3 bilhões para o SUS. Ouvidos pela imprensa, Antônio Britto afirmou que “foi uma decisão do governo”, enquanto FHC, então candidato à Presidência da República, declarou, através de sua assessoria, que não tentou impedir a decisão porque “era uma coisa do Britto”.¹ Tal encaminhamento, entretanto, mereceu crítica do então deputado José Serra, integrante do mesmo partido do Ministro da Fazenda. Serra considerou um “erro grave” a não-transferência dos recursos da seguridade social para a saúde, lembrando a redução da participação das despesas com assistência médica (Inamps) no total das despesas da previdência de 28% em 1991 para 15%, em 1992. Assim, os gastos federais em saúde diminuiram de US\$ 8.494 bilhões, em 1990, para US\$ 5.413 bilhões em 1992. (FALEIROS *et al.*, 2006).

Entretanto, alguns fatos novos ocorridos nesse momento pareciam reforçar o SUS: influência da sociedade civil na política de saúde através do Conselho Nacional de Saúde, bem como nos conselhos estaduais e municipais; municipalização da saúde, reconhecendo a diversidade das situações (NOB-93); experimentação de modelos assistenciais alternativos por governos estaduais e municipais; reativação de certos movimentos da cidadania (luta contra a fome e a miséria, defesa da vida e contra a violência etc.). O caráter contraditório da composição de forças do governo Itamar pode ser ilustrado pelo fragmento registrado a seguir:

No Governo Itamar, se por um lado o Ministério da Saúde tentou retomar a doutrina original do SUS, inclusive extinguindo o INAMPS, o Ministério da Previdência, em conivência com as autoridades econômicas (as mesmas de hoje), implodiu olímpica e impunemente o conceito de Seguridade Social e remeteu novamente o Ministério da Saúde à condição de pedinte (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 89).

Nesse período, observava-se a expansão da assistência médica supletiva (AMS), com diversificação de planos de saúde para os consumidores e diferenciação de modalidades de compra e de pagamento dos serviços médicos, além das pressões da indústria farmacêutica.² O ministro da saúde, Jamil Haddad chegou a denunciar uma campanha para desestabilizá-lo, acusando a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (Abifarma) como mentora dessa ação.³ Verifica-se, também, um loteamento dos chamados cargos de confiança entre partidos, facções e grupos políticos, no âmbito e o uso da saúde nas barganhas políticas, ameaçando a credibilidade do SUS perante os trabalhadores de saúde e a população, ao ponto de atingir áreas de grande importância como a vigilância sanitária (SOUTO, 2004) e as internações hospitalares:

No período em que estive no Inamps, pouco antes de sua extinção coordenada pelo Carlos Mosconi, eu atendia, na maior parte do tempo, a deputados e governadores, basicamente para auxiliar na aprovação de emendas parlamentares de obras e empreitadas e aumento do número de AIH, geralmente com fins eleitorais. (GUEDES *apud* FALEIROS, 2006, p. 147).

Parte do setor privado contratada pelo SUS (profissionais credenciados e os hospitais e clínicas não competitivos no mercado) criticava o governo face aos valores pagos por procedimentos. Já os médicos credenciados pelo seguro-saúde e por outras formas de AMS enfrentaram-se com a SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), vinculada ao Ministério da Fazenda, sendo acusados de cartelização pelo uso da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e pressionados pelas empresas a racionarem atos e conterem os preços dos serviços prestados.

Houve redefinições no movimento sanitário, particularmente na sua composição e no protagonismo de cada segmento, aparecendo inclusive outras denominações como “movimento da saúde”, ou “movimento pelo direito à saúde” (FALEIROS *et al.*, 2006). Qual força social seria contra esse direito humano? A questão colocada era como realizá-lo, mantendo os interesses cristalizados no sistema de saúde e a ordem social capitalista que atribui valores distintos de uso e de troca entre os seres humanos. A distinção de movimento social em relação aos movimentos de gestores e de profissionais não estaria insinuando ritmos e compromissos diversos em relação à Reforma Sanitária? Tome-se como ilustração a extinção do Inamps:

A tramitação da lei de extinção do Inamps no Congresso Nacional foi um momento importante da Plenária. Merecia que alguém escrevesse uma tese. A Plenária foi importante porque mobilizou, coletou dados, informou, chamou pessoas para audiências públicas. Foi um momento fantástico porque, claramente, a grande resistência à extinção do Inamps encontrava-se no setor privado [...]: a aliança que se construiu no Congresso Nacional entre os auditores do Inamps e aqueles que eram auditados pelo Inamps, articulados contra a extinção do Inamps. (BARROS *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 147).

Se até mesmo a extinção de um órgão, prevista desde 1985, exigia esse tremendo esforço da Plenária e dos parlamentares comprometidos com a construção do SUS, que dizer do arco de forças necessário para sustentar, politicamente, um *projeto* com a ousadia da RSB?

Portanto, o caso do Inamps é emblemático para compreender as dificuldades do *processo* da Reforma Sanitária, numa sociedade com as características da brasileira e num Estado patrimonialista no qual, apesar da existência de um Parlamento e de partidos políticos, o Presidente reina quase como um imperador:

Quando o Itamar assume, o Henrique Hargreaves me comunicou que o presidente mandou me convidar para ser presidente do Inamps. Aí eu disse: ‘Olha, eu tenho dificuldade em aceitar, porque não sou favorável ao Inamps. Eu gostaria de extinguir o Inamps’. [...] Aí eu disse que o Inamps era

incompatível com o SUS e o Hargreaves me disse para explicar isso ao Presidente Itamar. Fui, expliquei e, mesmo assim, o Itamar Franco me convidou. [...] O Jamil Haddad [...] em virtude desse fato me disse para a gente ir mais devagar ‘com esse negócio’, e aí eu disse: se a gente for devagar dura 100 anos, se a gente acelerar dura 10, 20. [...] O presidente Itamar Franco, de imediato pediu para prepararmos o ato de extinção. [...] O líder do governo era o Roberto Freire que escolheu o Sérgio Arouca como relator. E aí conseguimos emplacar a morte do Inamps. Mas o fêreto foi dramático. (MOSCONI *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 147).

Quando a Câmara dos Deputados aprovou a extinção do Inamps, contrariando interesses dos auditores, burocratas e partidos clientelistas, esses mesmos atores que se beneficiavam com as suas distorções saíram a campo para defendê-lo, denunciando que tal medida representava uma “queima de arquivo”, ou seja, “o Inamps teria sido usado como bode-expiatório do caos do sistema de saúde”.⁴ Essas pressões não se resumiam às ameaças por telefone, às críticas de setores da imprensa, nem às vaias durante sessão do Congresso, ao deputado Sérgio Arouca, relator do substitutivo do Projeto de Lei No. 3716/93 (do Poder Executivo), apresentado em 12/5/93. Tinham como propósito fazer com que esse organismo, como Fênix, surgisse das cinzas (MENDES, 1993), reproduzindo o SUS à sua imagem e semelhança. Aliás, isso já era anunciado em cartão de Natal afixado nos elevadores: “Um Feliz Natal e um Próspero Ano Novo e que o espírito da nossa imorredoura instituição permaneça”. (GOULART *apud* FALEIROS, 2006, p. 148). A sigla SAS e as suas práticas institucionais, seja como Secretaria de Assistência à Saúde, seja como Secretaria de Atenção à Saúde, nos governos seguintes demonstram a persistência desse “morto-vivo” na conformação dos modelos assistenciais do SUS.

Foi proposto o Fundo Social de Emergência (FSE) que, na realidade, era “um fundo de estabilização, criado com o único propósito de realizar a desvinculação de parte das receitas constitucionalmente voltadas para as políticas sociais” (MARQUES; MÉDICI, 1994, p. 2). Foi apresentado pelo governo sob o pretexto de atender áreas como

saúde, educação e previdência. Depois de enganar deliberadamente a opinião pública, o governo seguinte deu ao dispositivo o nome devido – Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), posteriormente conhecido como Desvinculação de Recursos da União (DRU). Mas desde aquela época tais recursos eram utilizados para outros fins. O deputado federal Sérgio Arouca descobriu que o governo usava parte do FSE para pagamento de despesas administrativas e de pessoal, até mesmo para pagar uma dívida de US 43 milhões do Itamaraty com a ONU.⁵

Enquanto isso, o Ministério da Previdência deixava de passar os recursos da saúde para o SUS, como foi mencionado anteriormente.⁶ Nesse episódio aparentemente cômico, se não fosse trágico, o governo jogava os velhinhos e as viúvas contra os doentes e o SUS. O ministro Antônio Britto propunha receita específica para a Saúde, quebrando a concepção solidária da Seguridade Social.⁷ Os juros da dívida do governo alimentavam a “ciranda financeira” e comprometiam os orçamentos da educação e saúde. Mas o ministro da fazenda, Fernando Henrique Cardoso, querendo “ajudar o Brasil” e declarando não pensar na candidatura à Presidência da República afirmava, olímpicamente, que o Tesouro não podia sustentar a saúde dos brasileiros:

O Tesouro não tem como sustentar a saúde. [...] Não temos interesse em perseguir ou privilegiar qualquer área, mas eu não posso pagar o que eu não tenho. A inflação reflete desordem e nós temos de dar um jeito na casa. [...] Não penso em candidatura. Quero só ajudar o Brasil. Se fizer meu trabalho bem feito, já está bom.⁸

Este era o clima político no momento do ajuste macroeconômico, traduzido pelo plano de estabilização conhecido com Plano Real. Quando a saúde da moeda importava mais que a saúde do povo, restava apenas a indignação. Ainda assim, o governo Itamar tem sido considerado na história do SUS como aquele que declarou, publicamente, “a ousadia de cumprir a lei” (BRASIL. Ministério da Saúde, 1993), além de produzir os seguintes fatos políticos: extinguiu formalmente o Inamps, desenvolveu uma interlocução com os movimentos sociais, fez avançar a descentralização com a NOB 93,

criou o Programa de Saúde da Família (PSF) e iniciou a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, medicamentos genéricos e regulação do sistema de assistência médica suplementar (PAIM, 2003b). De acordo com o Decreto nº 1232, assinado em 30/8/94 pelo presidente Itamar Franco, os planos e seguros de saúde teriam de ressarcir o SUS pelo atendimento dos seus associados ou beneficiários em unidades públicas de saúde.⁹

Com Itamar, há um novo bloco histórico, com aliados do movimento que ocupam lugares em instâncias decisivas do Estado, configurando-se na área da saúde, uma correlação de forças favoráveis que possibilitam o trânsito do movimento no interior do poder do Estado, mas não eliminam as contradições inerentes ao pacto federativo. [...]O Conselho Nacional de Saúde se consolida e pode apresentar suas propostas institucionalmente, com grande produtividade de decisões que abrangem setores excluídos como o da saúde indígena (FALEIROS, *et al.*, 2006, p. 150).

Sem negar esses fatos, a posição do Cebes ressaltava que nada disso correspondia à Reforma Sanitária, indagando se o problema era da *proposta* “ou das conjunturas políticas nacionais tão adversas?” (EDITORIAL, 1994, p. 3). Essa conjuntura foi exaustivamente discutida durante o IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Olinda/Recife, de 19 a 23 de junho de 1994, tendo com tema central *O feito, por fazer*. Naquela oportunidade, foi lançada a Carta de Pernambuco sobre a Saúde no Brasil.¹⁰

No documento apresentado no IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o Cebes fez uma análise contemplando a questão social e as políticas públicas, a Reforma Sanitária e o SUS, o desfinanciamento da saúde, criticando o pagamento por produção, a não-descentralização e o “sistema de saúde paralelo”. Examina três questões críticas – a reforma democrática do Estado Brasileiro; a parceria solidária entre profissionais e usuários em uma nova ética da função pública e a solidariedade; finalizando com a apresentação de 10 propostas, entre as quais a defesa dos medicamentos genéricos e a adoção de uma Política Nacional de Recursos Humanos. Nesse texto que,

sintomaticamente, menciona cinco vezes a expressão Reforma Sanitária, a entidade propunha a elaboração de um documento para servir de referência na discussão dos programas de governo para as eleições daquele ano (CENTRO BRASILEIRO..., 1994). No mesmo número da *Saúde em Debate* em que foi publicada a Carta, foram divulgados os programas dos candidatos Lula (Frente Brasil Popular), Fernando Henrique Cardoso (PSDB/PFL), Orestes Quércia (PMDB) e Leonel Brizola (PDT). Em editorial, o Cebes reconhecia um longo percurso para a consecução da Reforma Sanitária Brasileira:

O próximo governo federal, na melhor das perspectivas, extremamente afinado com a proposta de Reforma Sanitária, não conseguirá em quatro anos virar de cabeça para baixo o retrato da saúde que hoje temos frente a nossos olhos. Poderá, sim, sem dúvida iniciar o caminho da transformação de forma tal a torná-lo permanente. [...]. Aí está, portanto, um excelente momento para refletir sobre a proposta da Reforma Sanitária e reorganizar o movimento sanitário na defesa de candidaturas efetivamente comprometidas com uma mudança no quadro de exclusão social e miséria extrema que caracteriza o país e no quadro de universalização excludente que caracteriza o setor saúde. Convidamos todos aqueles, comprometidos com o ideário da Reforma Sanitária, a adotar uma postura aberta, mas alerta, e a não hesitar em refletir, criticar e cobrar diuturnamente a aplicação das propostas de governo do então candidato Fernando Henrique (EDITORIAL, 1994, p. 3).

Portanto, não foi por falta de esperança, análise crítica, proposições e “postura aberta” que o *processo* da Reforma Sanitária continuaria encontrando dificuldades no governo seguinte. Para além do *otimismo da vontade* dos militantes da saúde certamente havia obstáculos estruturais na sociedade requerendo uma análise mais acurada.

Notas

¹ Notícia veiculada na *Folha de São Paulo*, de 24 jul. de 1994, com o título *Técnicos culpam Britto pela crise na Saúde: ex-ministro suspendeu repasses da Previdência*.

- ² Notícia veiculada na *Folha de São Paulo*, de 24 maio de 1992, com o título *Saiba como escolher o seu seguro-saúde*.
- ³ Notícia veiculada em *A Tarde*, de 29 maio 1993. p. 10., sob o título *Jamil acusa Abifarma de conspirar para derrubá-lo*.
- ⁴ Declaração do então deputado do PFL do Paraná, Reinhold Stephanes, publicada na *Folha de São Paulo*, de 17 jun. 1993, sob o título *Extinção de órgão é aprovada pela Câmara*.
- ⁵ Publicado na *Folha de São Paulo*, em 11 jul. 1994. p. 1-6.
- ⁶ Publicado em *A Tarde*, de 12 jun. 1993. p. 1, sob o título de *Previdência sem dinheiro para a saúde*.
- ⁷ Publicado na *Folha de São Paulo*, em 12 jun. 1993, p. 1-4, sob o título de *Previdência afirma que bloqueio não é ilegal*.
- ⁸ Publicado em *A Tarde*, de 20/6/93 sob o título de *Cardoso vê excesso nos gastos da Saúde*. Ver também: *Itamar evita interferir em crise na área de saúde* publicado na *Folha de São Paulo*, em 31 ago. 2004. p. 3-4.
- ⁹ Publicado em *A Tarde*, 1 set. 1994.
- ¹⁰ Esta Carta se inicia e conclui com versos de poetas compositores como Milton Nascimento, “Se muito vale o já feito, mais vale o que será” e Alceu Valença: “Uma Nação solidária, sem tudo que nos separa, sem preconceitos, tomara, uma Nação como nós”.