



Vista do *Campus* UFPE a partir do CFCH. Homenagem aos 70 anos de fundação da Faculdade de Filosofia de Pernambuco, ideia embrionária do atual Centro de Filosofia e Ciências Humanas.
Fonte: Repositório Institucional.

SILVA, Túlio Paulo Alves

SILVA, T. P. A. O desmonte da política nacional de atenção básica (PNAB 2017) sob a forte influência do lobby dos planos de saúde suplementar no Brasil. *Espaço Público*, v. 2, p. 107-113, dez. 2018.

O desmonte da política nacional de atenção básica (PNAB 2017) sob a forte influência do *lobby* dos planos de saúde suplementar no Brasil

The dismantling of the national primary care policy (PNAB 2017) under the strong influence of the supplementary health care lobby in Brazil

Resumo

Este Trabalho apresenta a evolução das políticas de saúde baseada no modelo da política nacional de atenção básica, relata a importância do Sistema Único de Saúde - SUS como plano público de saúde e faz uma crítica ao *lobby* dos planos privados de saúde sobre o desmonte do SUS.

Palavras-Chave: SUS, Atenção básica, *Lobby*, Planos Privados, Saúde.

Abstract

This paper presents the evolution of health policies based on the model of the national primary health care policy, reports on the importance of the Unified Health System (SUS) as a public health plan and criticizes the lobbying of private health plans on SUS dismantling.

Keywords: SUS, Basic Care, Lobby, Private Plans, Health.

Introdução

As políticas Sociais no Brasil possuem uma importância primordial quando se referimos em acesso aos serviços públicos e distribuição de renda. Existe um grande marco no Brasil quando se falamos em direitos sociais e é conhecido como: Constituição Federal de 1988 (CF/88) que assegura em vários dos seus artigos uma população com direitos e um Estado com deveres e vice-versa.

Nos artigos de 194 aos 200 da CF/88 podemos perceber uma evolução nas políticas sociais, no financiamento e principalmente na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) onde é considerado o marco no desenvolvimento das políticas de saúde sendo a Atenção Básica (AB) norteadora de todo o processo. Antes de se pensar como “modelo vigente de saúde” a atenção básica era debatida pelo mundo. Seu marco inicial é historicamente conhecido na declaração de Alma Ata (1979) e na Carta de Ottawa (1986).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata (12/09/1978), expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração (OPAS, 2015): o conceito ampliado de saúde como um bem estar biopsicossocial e não apenas a ausência da doença, construir uma política de saúde capaz de sanar as desigualdades sociais existentes entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, participação do sujeito na construção de sua saúde, responsabilidade governamental na saúde dos seus cidadãos, cuidados primários em saúde como eixo principal para uma universalidade, formulação de políticas de saúde e planos estratégicos de saúde, cooperação internacional na saúde, melhorar a qualidade de saúde da população até os anos 2000 e por fim apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento.

Oito anos após a declaração de Alma Ata, ocorre a primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizado em Otawwa, Canadá no ano de 1986, onde apresentou uma Carta de Intenção para Promoção da saúde Internacional e que contribuirá para saúde do ano 2000. Esta conferência teve suma importância para criar e programar novas políticas de saúde com foco principalmente nos países industrializados e depois em todo o restante do globo. Segundo OPAS (2015), Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio

ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver, o acesso deve ser universal e equânime.

O objetivo deste artigo é analisar a forte influência do lobby dos planos de saúde no desmonte da política de saúde PNAB – 2017 para o fortalecimento dos planos privados.

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-2017)

A Atenção Básica não é um modelo de saúde utilizado apenas no Brasil, todos os países do mundo adotam esse modelo de saúde, que tem por objetivo maior de promover, proteger e recuperar a saúde dos seus cidadãos, aumentar e estimular o financiamento em atenção primária em saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) nasce, em dezembro de 1993, fundamentado em algumas experiências municipais que já estavam em andamento no País. Surge como uma proposta ousada para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes (Ministério da Saúde, 2010).

Passados exatamente vinte e cinco anos após a criação do programa de saúde da família, a história, os números mostram um acerto no caminho que foi seguido. Antes programa, hoje consagrado com uma política de Estado e norteadora de todo o sistema único de saúde, alcança quase 100% dos municípios e revoluciona por ser um modelo baseado na promoção, prevenção e recuperação da saúde de seus usuários dentro do seu território.

Atualmente, a PNAB 2011 (portaria 2488/2011) sofreu uma reformulação (PNAB – 2017) e queria retirar profissões fundamentais como, por exemplo, o Agente comunitário de Saúde (ACS), um dos profissionais que faz um elo entre a unidade básica de saúde da família (UBS) e a comunidade. Sem ele, existiria uma fragmentação entre o usuário e os profissionais assim deslegitimando a funcionalidade da Atenção Básica.

A orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado (MOROSINI, 2018). Entre as alterações legislativas que viabilizam esse processo, destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS.

Segundo Morosini, et. al. (2018), Em setembro de 2017, foi publicada uma nova PNAB, que suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Em nota conjunta, as três instituições denunciaram, entre outras coisas, a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS

com a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de retração do financiamento da saúde.

Com toda essa reformulação, a PNAB 2017 traz A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Os seus princípios norteadores são: universalidade, equidade e integralidade. Já as diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrito, cuidado centrado na pessoa, resolatividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade. Saliento que PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica e também serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenha caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

Estratégia de saúde da família no setor suplementar

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entidade que regulamenta as operadoras e os planos de saúde privados no Brasil¹, ao longo de sua história, vem estabelecendo normativas que visam contribuir para a satisfação dos usuários e prestadores de serviços, bem como equilibrar financeiramente as empresas deste setor (BARBOSA, CELINO, COSTA, 2015).

Algumas mudanças foram propostas pela ANS no setor saúde suplementar sendo uma delas a incorporação do modelo de saúde baseado na estratégia de saúde da família, ou seja, trabalhar a integralidade do sujeito como eixo condutor e assim excluindo o modelo assistencial que dominava este setor. Podemos perceber a troca de paradigmas do modelo curativista pelo modelo integrador, com criação de vínculos e promoção da saúde.

Nos últimos anos, a ANS vem mudando as formas de ações e modelos de saúde para os planos privados, assim estabelecendo adoção de programas que trabalhem a promoção, proteção e recuperação da saúde os seus associados. A atenção primária em saúde tendo como a saúde da família a norteadora, vem ganhando espaços nos planos particulares, porém devemos atentar aos riscos em que o SUS pode sofrer, já que a intenção dos governantes é sucatear o sistema de saúde público e investir em planos populares criados pela saúde suplementar.

O Lobby dos Planos de Saúde e o financiamento das campanhas parlamentares em 2010

Lobby e a ação de influenciar o tomador de decisão na esfera do poder público (LODI, 1986) e para isso muitas vezes precisa contar com representação técnica e especializada, além de apoio aos políticos e governantes eleitos que defendem determinados interesses (GRAZIANO, 1997).

Na história da assistência à saúde no Brasil, a iniciativa privada sempre atuou fortemente na defesa dos seus interesses econômicos e institucionais. Ao lado dos prestadores privados hospitalares e dos segmentos especializados, como o farmacêutico e o de equipamentos médico-hospitalares, que integram o complexo produtivo da saúde, as empresas de planos e seguros de saúde agem no espaço público, junto aos Poderes Legislativo e Executivo, visando influenciar a legislação, a regulamentação e o funcionamento do sistema de saúde, mas também com o objetivo de inibir a intervenção estatal voltada a correção das falhas do imperfeito mercado da saúde (SCHEFFER MÁRIO, BAHIA LÍGIA, 2017).

No período da redemocratização do país e no processo constituinte, os grupos empresariais do ramo da saúde, foram confrontados com a agenda política da Reforma Sanitária no Brasil. Prevaleceu a relevância pública da saúde, porém pela lei 8080/1990 através do seu artigo 4º no inciso § 2º diz que: a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (PLANALTO, 1990). Assim, o segmento privado tem mostrado grande força na sua “complementação” dentro do SUS, agindo fortemente no planejamento, na regulação, financiamento e gestão participativa dentro dos serviços de saúde.

O sistema de saúde brasileiro e, então, formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços gerando uma combinação público-privada financiada, sobretudo por recursos privados, acarretando inúmeras desigualdades no acesso e na utilização dos serviços (PAIM *et al.*, 2011).

Em meados da década 90, a assistência privada a saúde alcançou o debate parlamentar que culminou com a promulgação pelo Congresso Nacional da lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Isso se deu após tramitação de nada menos do que 23 projetos sobre a questão no período de sete anos, a maioria proposta no período 1996/97, quando a discussão sobre o controle e a regulamentação do mercado de saúde ganhou grande visibilidade pública (MENICUCCI, 2007, p. 247). A regulamentação da assistência privada só foi inserida na agenda do Legislativo em 1991, e assim debatido pela comissão especial¹ criada para fim específico já que o

¹ O Regimento Interno da Câmara dos Deputados prevê, em seu artigo 34, inciso II, que serão constituídas comissões especiais para dar parecer sobre proposições que versarem sobre matéria de competência de mais de três comissões permanentes que devam pronunciar-se quanto ao mérito.

executivo também tinha enviado outro projeto que versava sobre a participação do Ministério da Saúde já que envolvia o SUS por ser um sistema universal de saúde.

Nas eleições de 2010 as empresas de planos de saúde destinaram R\$ 12.034.436,69 em doações oficiais para as campanhas de 157 candidatos a cargos eletivos. O apoio financeiro dos planos de saúde contribuiu para eleger 38 deputados federais, 26 deputados estaduais, 5 senadores, além de 5 governadores e da presidente da República, Dilma Rousseff. Outros 82 candidatos receberam apoio, mas não foram eleitos. Em 2006 foram investidos pelo setor saúde R\$ 8.626.256,69 (em valores corrigidos pelo IPCA), e do que nas eleições de 2002, quando essas empresas destinaram R\$ 1.398.040,40 (SCHEFFER MÁRIO, BAHIA LÍGIA, 2017). Vale salientar que os hospitais filantrópicos que comercializam planos de saúde próprios são proibidos de doarem para campanhas eleitorais por legislação eleitoral.

Segundo (SCHEFFER MÁRIO, BAHIA LÍGIA, 2017) os partidos que foram beneficiados com doações dos planos de saúde nas eleições de 2010 (Quadro 3), independente terem ou não sido eleitos, a maior fatia foi para o PMDB (hoje MDB), com 28,94% dos recursos, seguido de PSDB (18,16%), PT (14,05%), PV (10, 24%), DEM (7,69%), PP (5,48%), PSB (4,12%), entre outros.

Conclusão

A evolução histórica e social da saúde no Brasil e de muita luta, dor e resistência. Antes do SUS, a saúde era considerada um privilégio, políticas sócias não existiam, as necessidades de saúde eram baseadas em campanhas vacina, santas casas de misericórdia, filantropias ou baseado no saber popular. Após muito debate, houve a criação da constituição federal em 1988 que criam políticas sociais dentro dela o SUS.

O SUS completa 30 anos de sua existência e passado todos esses anos, vários leis, portarias, decretos foram criados com finalidades de preservar esse sistema universal, integral e equânime que atende aproximadamente 71 % dos brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE) e que em períodos de crise essa demanda sobe.

Atualmente com a crise econômica do Brasil, as políticas de saúde no Brasil passam por um sucateamento irracional por partes dos governantes que ao invés de aumentar o seu financiamento, não, começa a congelar gastos, modificar programas de saúde e ceder às pressões provindas dos planos particulares.

Em 2016 após o *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff, o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, Deputado Federal licenciado pelo PP - PR (partido que recebeu doação dos planos privados de saúde), na gestão Temer disse que “o SUS era muito grande e que o Estado gastava muito, deveria ser criados planos populares para melhor abrangência para a saúde da população”. Várias associações,

entidades e conselhos foram contra essa ideia do ministro, iríamos retroceder, voltar ao modelo curativista.

A atenção básica no Brasil é reconhecida por todos os órgãos internacionais e nacionais como o melhor modelo de saúde desde a criação do SUS. Os planos de saúde tentam copiar esse modelo não só apenas por uma norma da ANS, mas também para tentar adentrar aos serviços do SUS oferecendo algo que já existe. Doações de campanhas eleitorais são feitas para partidos políticos egerem os seus representantes e assim após eleitos, os planos de saúde estarão lá pressionando os partidos para que os mesmos pressionem os seus deputados federais eleitos e que compactuem e dialoguem em futuras votações nas comissões de interesses a favor dos planos privados de saúde, isso conhecemos como lobby dos planos privados.

Atualmente a PNAB passou por uma reformulação e que infelizmente a sociedade foi pouco consultada, o diálogo com os especialistas e as instituições que defendem a saúde pública deste país não ocorreu, assim resultando em modificações de extrema importância não para sociedade e sim para os futuros “planos de saúde privados” um projeto realizado pelo executivo e que não leva em consideração o modelo integralizado da saúde. Ou defendemos o SUS como plano de saúde público e universal ou podemos retroceder com os desmontes e entregar o que demoramos 30 anos para construir para um governo que entende políticas de saúde como privilégio, mercadoria e lucro.

Referencias

- BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. M.; COSTA, G. M. C. A Estratégia da Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. Interface: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1101-1108, ago. 2015.
- BRASIL, Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 13/10/2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Memórias de Saúde da Família no Brasil. Brasília: MS, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de Setembro de 2017. Brasília, 2017.
- CARTA DE OTTAWA: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, Ottawa 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 13/10/2018.
- DECLARAÇÃO ALMA – Ata: Conferência internacional sobre cuidados primários em saúde, Alma - Ata, 1978. Disponível em: < <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 13/10/2018.
- MENICUCCI, T. M. G. A regulação da assistência à saúde suplementar. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 233-289. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/tr7y8/pdf/menicucci-9788575413562-07.pdf>>. Acesso em: 13/10/2018.
- MOROSONI, M. V. G.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.
- SCHEFFER, M.; BAHIA, L. O. O Financiamento de Campanhas Pelos Planos e Seguros de Saúde nas Eleições de 2010. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 96-103, jan./mar. 2013.