

Coleção Pensar em Saúde

Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde

Organizadores:
Nelson Rodrigues dos Santos
Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)

Direção Nacional (Gestão 2009-2011)

Presidente

Roberto Passos Nogueira

1º Vice-Presidente

Luiz Antonio Neves

Diretora Administrativa

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Diretor de Política Editorial

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Diretores Executivos:

Ana Maria Costa

Guilherme Costa Delgado

Hugo Fernandes Junior

Lígia Giovanella

Nelson Rodrigues dos Santos

Diretor Ad-hoc:

Alcides Miranda

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Conselho Fiscal

Ary Carvalho de Miranda

Assis Mafort Ouverney

Lígia Bahia

Conselho Consultivo

Agleides Aricheles Leal de Queiroz

Alcides Silva de Miranda

Alberto Durán González

Eleonor Minho Conill

Ana Ester Melo Moreira

Eymard Mourão Vasconcelos

Fabiola Aguiar Nunes

Fernando Henrique de Albuquerque Maia

Julia Barban Morelli

Jairnilson Silva Paim

Júlio Strubing Müller Neto

Mário Scheffer

Naomar de Almeida Filho

Silvio Fernandes da Silva

Volnei Garrafa

Editor Científico

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Conselho Editorial

Alicia Stolkiner

Angel Martinez Hernaez

Carlos Botazzo

Catalina Eibenschutz

Cornelis Johannes Van Stralen

Diana Mauri

Eduardo Maia Freese de Carvalho

Giovanni Berlinguer

Hugo Spinelli

José Carlos Braga

José da Rocha Carvalheiro

Luiz Augusto Facchini

Maria Salette Bessa Jorge

Paulo Marchiori Buss

Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Sonia Maria Fleury Teixeira

Sulamis Dain

Editora Executiva

Marília Fernanda de Souza Correia

Secretaria Editorial

Debora Nascimento

Secretaria

Secretaria Geral

Mariana Faria Teixeira

Pesquisadora

Suelen Carlos de Oliveira

Expediente do livro

Organização

Nelson Rodrigues dos Santos

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Edição

Marília Correia e Paulo Amarante

Revisão de textos, Diagramação e Capa

Zeppelini Editorial

Apoio

Ministério da Saúde

Organização Pan-Americana da Saúde

FIOCRUZ

G389 Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/ Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
324p.: 18x25 cm
ISBN 978-85-88422-14-8

1. Gestão Pública, 2. Saúde, 3. Relação Público Privado,
I. Rodrigues, Nelson, II. Amarante, Paulo

Sumário

AUTORES	5
APRESENTAÇÃO	9
<i>Nelson Rodrigues dos Santos</i>	
CAPÍTULO 1	11
O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde?	
<i>Beatriz de Figueiredo Dobashi</i>	
<i>Nilo Brêtas Júnior</i>	
<i>Silvio Fernandes da Silva</i>	
CAPÍTULO 2	24
O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais	
<i>Roberto Passos Nogueira</i>	
CAPÍTULO 3	48
Avaliação do atual modelo da gestão pública do SUS quanto ao financiamento público na saúde	
<i>Gilson Carvalho</i>	
CAPÍTULO 4	68
Administração pública e a gestão da saúde	
<i>Lenir Santos</i>	
CAPÍTULO 5	87
Direito à saúde e respeito à Constituição	
<i>Alvaro Luis de Araujo Ciarlini</i>	
CAPÍTULO 6	101
SUS: o desafio de ser único	
<i>Carlos Octávio Ocké-Reis</i>	
CAPÍTULO 7	115
A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção	
<i>Ligia Bahia</i>	
CAPÍTULO 8	129
Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual	
<i>Hésio de Albuquerque Cordeiro</i>	
<i>Eleonor Minho Conill</i>	
<i>Isabela Soares Santos</i>	
<i>Aparecida Isabel Bressan</i>	
CAPÍTULO 9	152
Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal	
<i>José Carvalho de Noronha</i>	
<i>Isabela Soares Santos</i>	
<i>Telma Ruth Pereira</i>	

CAPÍTULO 10	180
A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado <i>Telma Maria Gonçalves Menicucci</i>	
CAPÍTULO 11	198
Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado <i>Rosana Onocko Campos</i>	
CAPÍTULO 12	208
A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde <i>Luiza Sterman Heimann</i> <i>Lauro Cesar Ibanhes</i> <i>Roberta Cristina Boaretto</i> <i>Jorge Kayano</i>	
CAPÍTULO 13	220
Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde	
CAPÍTULO 14	243
Institucionalidade e desafios da regulação na área de saúde no Brasil <i>Marcos Pó</i>	
CAPÍTULO 15	267
Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21 <i>Amélia Cohn</i>	
CAPÍTULO 16	275
O impacto da crise econômica na saúde <i>Claudio Salm</i>	
CAPÍTULO 17	284
Alguns pontos para o debate sobre possíveis impactos da crise econômica na saúde <i>Jairnilson Silva Paim</i>	
CAPÍTULO 18	288
Mais Saúde (PAC Saúde) e as políticas sistêmicas de investimentos setoriais <i>Henri E. Jouval Jr.</i>	
CAPÍTULO 19	294
Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas <i>Gastão Wagner de Sousa Campos</i>	
CAPÍTULO 20	303
Política pública de saúde: qual o rumo? <i>Nelson Rodrigues</i> <i>Documento do Cebes</i>	
CAPÍTULO 21	320
Necessidade de reformar a estrutura administrativa do gerenciamento público dos estabelecimentos públicos de prestação de serviços de saúde <i>Documento do Cebes</i>	

Beatriz Figueiredo Dobashi

Médica Sanitarista e do Trabalho, especialista em Administração Pública e em Planejamento em nível de desenvolvimento regional integrado. Secretária de Estado da Saúde em Mato Grosso do Sul.

Nilo Bretas

Dentista, especialista em Saúde Pública, especialista em Supervisão Hospitalar, Coordenador da Assessoria Técnica do CONASEMS.

Silvio Fernandes

Médico, Doutor em Saúde pública (FSP/USP) e assessor técnico do CONASEMS

Roberto Passos Nogueira

Médico, doutor em saúde coletiva, Técnico de planejamento e pesquisa do IPEA.

Gilson Carvalho

Médico pediatra e de saúde pública, doutor em saúde pública pela faculdade saúde pública (USP).

Lenir Santos

Doutoranda pela Unicamp em saúde pública, especialista em direito sanitário pela USP; ex-procuradora da Unicamp. Consultora do CONASEMS, coordenadora do curso de especialização em direito sanitário UNICAMP-IDISA.

Alvaro Luis de Araujo Ciarlini

Mestre em Filosofia e Doutor em Direito pela Universidade de Brasília. Juiz de Direito Titular da 2ª Vara da Fazenda Pública do Distrito Federal e Professor do Programa de Mestrado Acadêmico em Direito Constitucional do Instituto Brasiliense de Direito Público.

Carlos Octávio Ocké-Reis

Economista, Doutor em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ Pós-doutorado pela Yale School of Management.

Ligia Bahia

Médica, doutora e mestre em Saúde Pública pela FIOCRUZ. Professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. (IESC/UFRJ). Vice presidente da ABRASCO.

Hésio de Albuquerque Cordeiro

Doutor em Medicina Preventivas, coordenador do Mestrado profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá.

Eleonor Minho Conill

Medica, doutora em Developpement Economique Et Social - Université Paris I (Panthéon-Sorbonne).

Isabela Soares Santos

Cientista social, mestre e doutora em saúde pública pela ENSP/Fiocruz. Co-coordenadora do Programa de Desenvolvimento e Inovação de Tecnologias em Saúde Pública da Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência da FIOCRUZ (PDTSP /VPPLR).

Aparecida Isabel Bressan

Médica sanitaria.

José Carvalho de Noronha

Médico, mestre em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

Telma Ruth Pereira

Médica sanitaria.

Telma Maria Gonçalves Menicucci

Doutora em Sociologia e Política/UFMG professora da UFMG.

Autores

Rosana Onocko Campos

Médica, Doutora em Saúde Coletiva, professora do DMPS/FCM/Unicamp

Luiza Sterman Heimann

Médica Sanitarista, Master in PublicHealth, Harvard University, Mestre em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo e Diretora Técnica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Lauro Cesar Ibanhes

Professor, mestre em Ciências Sociais e doutor em Saúde Pública (USP/1999). Pesquisador no Instituto de Saúde da SES/SP.

Roberta Cristina Boaretto

Mestre em Gerontologia (Unicamp), especialista em Saúde Coletiva, graduada em Psicologia (USP), é pesquisadora no Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde - NISIS do Instituto de Saúde da SES/SP e docente da disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina do ABC - FMABC.

Jorge Kayano

Médico, Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Administração Hospitalar Fundação Getúlio Vargas.

Marcos Pó

Doutor em Administração Público e Governo, coordenador executivo adjunto do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor).

Amélia Cohn

Socióloga, docente do Mestrado em Saúde Pública/Unisantos e pesquisadora do CEDEC.

Claudio Salm

Economista.

Jairnilson Silva Paim

Professor Titular em Política de Saúde do ISC-UFBA.

Henri E. Jouval Jr.

Médico, assessor internacional do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz).

Gastão Wagner de Souza Campos

Médico, escritor e doutor em Saúde Coletiva. Professor titular em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Ao completar seus 20 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionou aprofundada avaliação, análise, posicionamento e produção de conhecimento por meio das entidades da sociedade civil há décadas engajadas na formulação e avaliação das políticas públicas com base nos direitos de cidadania e na reforma sanitária brasileira; das entidades dos gestores públicos de saúde; dos conselhos de saúde; do Legislativo e do Judiciário; de estudiosos e especialistas reconhecidos, repassando desde as abordagens mais conjunturais em nível de governos, coligações partidárias que assumem aparelhos de Estado (Ministérios, Secretarias) e respostas a crises econômicas ou institucionais até as abordagens mais estruturais em nível macroeconômico e macropolítico de políticas públicas de Estado.

Um dos consensos mais presentes refere-se ao contínuo descomprometimento do Estado com as diretrizes constitucionais da seguridade social – e do SUS – e, por consequência, com a implementação planejada e pactuada junto à sociedade civil de um sistema público efetivamente universal de atenção integral à saúde que faça valer a equidade, qualidade, eficácia, eficiência e a participação social. Como parte do referido consenso, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) editou, em 2009, importante número especial da Revista Saúde em Debate com vários artigos selecionados ou encomendados sobre a avaliação dos 20 anos do SUS, ao mesmo tempo em que realizou dois seminários com exposições e debates de elevado nível sobre dois

temas reconhecidamente estratégicos: a relação público-privado na saúde e a gestão pública na saúde; mais uma vez ficou demonstrada a interdependência e a indivisibilidade entre essas temáticas tanto sob os ângulos da operação cotidiana da oferta das ações e serviços de saúde e das estratégias implementadoras do disposto na Constituição e na lei, como também sob o ângulo teórico-conceitual – campo este que adquiriu características mais próprias e complexas no período pós-constitucional.

Todos os 20 capítulos abordam o campo das relações público-privado/gestão pública, que se encontra mais adensado nos 13 primeiros, introduzidos por lúcida, oportuna e competente análise e avaliação pela gestão descentralizada do SUS, e encerrados por dois documentos do Conselho Nacional de Saúde, importante registro da atuação desse fundamental colegiado do controle social. Todos os textos abordam também as necessárias contextualizações e esclarecimentos conceituais que se encontram mais adensados nos sete seguintes, introduzidos por instigante colocação sobre a regulação na área da saúde e encerrados pelo penúltimo capítulo, com rica e imprescindível reflexão em torno da genealogia do SUS. O último capítulo é um texto debatido e aprovado preliminarmente na diretoria nacional do CEBES, voltado para a divulgação e instigação acerca dos rumos da nossa política pública de saúde e propostas de intervenção, um processo que se encontra em curso. Quanto aos autores de todos os capítulos, sejam os encomendados, os selecionados e os expostos nos seminários, trata-se de gestores emergentes da dura e prolongada experiência de gestão pública coerente em condições adversas que, por si, é insubstituível fonte de reflexão, formulação e produção de conhecimentos, de acadêmicos híbridos com densa experiência em gestão, pesquisadores e especialistas de institutos de pesquisa e acadêmicos puros engajados: encontram-se todos entre o que de melhor os 20 anos do SUS vêm gerando no campo das políticas públicas com base nos direitos de cidadania.

O destaque final desta apresentação encontra-se na evidência das conclusões e proposições já dispostas e inofismáveis, mais do que oportunas e suficientes para respaldar novas formulações estratégicas, mobilizações e tomadas de decisões no espaço social e político da implementação das políticas públicas, em especial da saúde, sem prejuízo de estimular a continuidade das análises, avaliações, debates e proposições. No ano eleitoral de 2010, com a emergência de novo parlamento e novos governos nacional e estaduais, as plataformas de saúde poderão ensejar um salto ‘estadista’ do âmbito conjuntural de Governo para o âmbito estrutural de Estado e sua relação com o conjunto da sociedade, reacendendo a ‘utopia’ dos rumos conquistados pela sociedade mobilizada e pela Assembleia Nacional Constituinte no capítulo da Ordem Social. Essa é a finalidade ‘conjuntural’ deste livro, ao lado da sua finalidade ‘estrutural’ de contribuição para as desejadas mudanças de médio e longo prazo.

Nelson Rodrigues dos Santos
Rio de Janeiro, novembro de 2010

O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde?*

Beatriz de Figueiredo Dobashi

Nilo Brêtas Júnior

Silvio Fernandes da Silva

Avaliação do Pacto pela Saúde e sua implementação nos municípios brasileiros, a partir dos princípios da reforma sanitária e dos processos de construção do Sistema Único de Saúde

Desde o século 18 a economia de mercado tem gerado demandas relacionadas com a sobrevivência das pessoas que não conseguem ser atendidas satisfatoriamente devido ao seu baixo poder aquisitivo e que, por isso, passam a depender de ações governamentais, o que no setor saúde corresponde à produção de bens e serviços públicos.

Até o final da década de 1980, as políticas de saúde no Brasil se inseriam no modelo residual e meritocrático, ou seja, não abrangiam toda a população e estavam vinculadas ao sistema previdenciário – só recebia atendimento quem tivesse a carteirinha do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Havia, ainda, os que podiam pagar pelos serviços e aqueles que dependiam da ‘caridade’ – os indigentes.

Essa situação tem origens nos caminhos da história do Brasil: no período populista – Vargas: década de 1930 e 1940 – o desenvolvimento de políticas sociais não conseguiu eliminar a pobre-

*Este texto foi publicado inicialmente na revista *Divulgação em Saúde para Debate* – série CONASEMS/CEBES – Saberes e Práticas de Gestão Municipal – n. 46, lançada no XXVI Congresso Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, nos dias 25 a 28 de maio de 2010, em Gramado/RS.

za e promover a distribuição da renda, inclusive no que diz respeito às políticas previdenciárias e da saúde.

Em troca do acesso ao aparato do Estado, ocorreu uma verdadeira aliança com o movimento sindical, o qual levou a subordinação dos direitos sociais dos brasileiros ao sistema de previdência social estatal, originando a chamada – ‘cidadania regulada’ – (SANTOS, 1979) que entre outras coisas excluía os trabalhadores rurais e os de ocupação não-regulamentada do acesso à saúde.

O regime autoritário de 1964 produziu profundas alterações no modelo de políticas sociais, anteriormente estabelecido, excluindo as oportunidades de participação da sociedade civil e criando investimentos públicos exclusivamente calcados na viabilidade financeira (atendimento específico aos consumidores com poder de compra) como, por exemplo, a criação das empresas estatais de saneamento. Até mesmo as práticas sanitárias baseavam-se em motivações econômicas como as que determinaram a criação da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), com seu ‘sanitarismo campanhista’.

As consequências foram desastrosas e, de 1964 a 1973, houve piora dos indicadores de cobertura das políticas sociais, em especial da mortalidade infantil que reverteu a tendência de decréscimo a qual vinha ocorrendo desde 1950.

De 1968 a 1974 o desenvolvimento da economia aconteceu com concentração de renda e degradação das condições de vida e saúde da população.

Paralelamente, os anos 1970 trouxeram movimentos sociais formados por trabalhadores, profissionais de saúde, população em geral, buscando o resgate de valores ligados à cidadania, principalmente no setor saúde.

Esses movimentos e agências internacionais passaram a exercer intensa pressão sobre o governo Geisel, e a política governamental precisou romper com a lógica exclusiva da viabilidade econômica, o que ficou registrado com a inclusão, em 1974, do setor social no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), que criou, dentre outros programas de integração, o PIS-PASEP; política habitacional; ampliação de cobertura da previdência, entre outros.

São considerados avanços da época: 20% de intervenção pública na área habitacional; incorporação à previdência dos trabalhadores rurais (FUNRURAL/1971), dos empregados domésticos (1972) e dos autônomos (1973); incorporação das Secretarias de Saúde e dos Hospitais Universitários para atendimento de urgência aos previdenciários – Plano de Pronto Ação: convênios globais (1974).

A Previdência Social migrou do padrão seguro-saúde para um desenho organizacional típico da seguridade social, ocorrendo a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977 e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); de instituições de assistência social como a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (FUNABEM), além de estruturas gerenciais como o DATAPREV e o IAPAS.

Apesar disso, permaneciam na saúde os problemas gerados no período da ditadura militar, tais como: centralização das decisões financeiras e operacionais no INAMPS; financiamento base-

ado em contribuições sociais; redes de atendimento não-integradas, privatização dos serviços de saúde; dificuldades quanto ao acesso e à qualidade.

Foram justamente esses entraves que promoveram a continuidade das transformações institucionais, dentro de um processo de abertura política gradual: Expansão de cobertura: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, 1979 (PIASS) ; VII Conferência Nacional de Saúde (1980) e elaboração do PREV-Saúde (que infelizmente não ‘saiu da gaveta’); criação, em 1982, do Conselho Nacional de Segurança Pública (CONASP) , cujo plano inicial promoveu o advento das Ações Integradas de Saúde (AIS), com adesão de 2.500 municípios em 1986.

Naquele mesmo ano, a VIII Conferência Nacional de Saúde reuniu em Brasília (DF) cerca de 5.000 delegados de todo o país e ratificou a saúde como direito de cidadania, motivando a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, no contexto da instalação da Assembleia Nacional Constituinte.

A partir de então, consolidou-se o movimento da reforma sanitária: diversas universidades se engajaram nos Departamentos de Medicina Preventiva; surgiram projetos municipais de organização dos sistemas locais de saúde: Campinas (SP); Caruaru (PE); Montes Claros (MG); foram organizados importantes movimentos dos trabalhadores da saúde: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 1976 (CEBES) e Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1979 (ABRASCO) ; aconteceram Encontros de Secretarias Municipais de Saúde em nível macrorregional e foi criado o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 1982.

Finalmente, a Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988, regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando que a saúde é direito de todos e dever do Estado e cujos princípios são: ‘universalidade, integralidade e equidade’, alicerçados em ações governamentais submetidas ao controle social, cujo custeio se dá com recursos da seguridade social (33%) nas três esferas de governo, tendo a participação do setor privado em caráter complementar e sob as regras públicas, bem como se pautando nas diretrizes de descentralização, com comando único em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização.

A operação e a regulamentação do novo sistema

A nova Constituição Federal, entretanto, teve contradições no processo de transição (interesses corporativos). As situações de conflito, em geral, foram remetidas à legislação infraconstitucional e, desde então, tem sido difícil o caminho da regulamentação.

A lei n.º 8.080/1990, denominada Lei Orgânica da Saúde, teve 24 vetos, entre eles o do artigo 35 que tratava do financiamento em saúde. Também não foi incluída a regulação do setor privado (BRASIL, 1990b).

Em seguida, foi editada a lei n.º 8.142/1990, que tratou principalmente dos espaços do controle social e de pactuação entre gestores e que, na verdade, surgiu como reação da sociedade – plenária de saúde (BRASIL, 1990a).

Com a criação do SUS, o Ministério da Saúde (MS) assumiu o comando do setor e, tentando superar as lacunas constitucionais, começou a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas

(NOBS): a NOB 1991 explicitou o processo de municipalização; a NOB 93 caracterizou-se pela luta quanto ao financiamento; a NOB 1996 criou os diversos níveis de gestão.

Em 2000, uma importante Emenda Constitucional, a EC n.º 29, determinou percentuais mínimos de aplicação dos recursos próprios federais, estaduais e municipais, o que traria um considerável aporte de recursos novos para a saúde, porém que até hoje está sem regulamentação, o que implica o não cumprimento por parte de muitos gestores.

O processo normativo ministerial continuou mais voltado para as condições de acesso à atenção especializada e disponível em nível regional para a maioria dos municípios brasileiros. Surgiram as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), objeto de rica discussão entre as esferas de governo, porém com pactuação difícil e operacionalização engessada pelas características cartoriais. Mesmo assim, foram responsáveis por avanços consideráveis como a introdução de ferramentas importantes de planejamento e programação em saúde: o Plano Diretor de Regionalização (PDR); o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Em que pesem os avanços, os primeiros 15 anos do SUS enfrentaram uma normatização excessiva, com a edição de inúmeras portarias federais que dificultavam a operação do sistema, imobilizando, muitas vezes, a capacidade criativa e inovadora dos gestores e equipes de saúde.

Um novo pacto na saúde

Vários fóruns, principalmente o CONASS e o CONASEMS, começaram a discutir a necessidade de construir um novo pacto na saúde, capaz de substituir a normatização excessiva e a lógica da habilitação, por outra, de adesão e do compromisso com resultados.

Houve desdobramento das discussões, de modo que o Pacto pela Saúde passou a ser composto por três grandes linhas de ação: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida é um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados que para serem alcançados necessitam da explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros.

São 11 as prioridades definidas no Pacto pela Vida, 6 delas foram escritas em 2006 e 5 acrescentadas em 2008, como resultado das pactuações realizadas nos Estados, durante a construção dos Termos de Compromisso de Gestão, bem como da discussão realizada no Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quais foram mantidas em 2009 e continuarão em 2010: saúde do idoso; redução da mortalidade materna e infantil; redução das mortes por câncer de colo uterino e de mama; enfrentamento de endemias: dengue, malária, tuberculose, hanseníase e gripe aviária; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; saúde do homem.

O Pacto em Defesa do SUS é o compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governo: levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

O Pacto de Gestão contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na lei n.º 8.080/1990. Estabelece ‘as responsabilidades solidárias dos gestores’ de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 1990b).

Os eixos prioritários do Pacto de Gestão são: descentralização; regionalização; financiamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle social; planejamento; gestão do trabalho e educação na saúde.

Ainda que se identifiquem as três dimensões do pacto é preciso considerá-las intimamente correlacionadas e complementares entre si, integrantes de uma importante estratégia nacional determinada a retomar a responsabilidade solidária entre as instâncias do SUS.

O pacto busca preservar os princípios e diretrizes do SUS e é a possibilidade real de avançar no processo de consolidação da reforma sanitária, mesmo considerando que o enfrentamento dos problemas que permeiam a efetivação da saúde como direito de cidadania exige ações estruturais de médio e longo prazo.

A implementação do novo pacto

Esse compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde das três esferas de governo visa responder aos desafios da gestão e da organização do SUS; atender efetivamente às necessidades de saúde da população brasileira e tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo.

É possível destacar algumas mudanças ocorridas imediatamente após a implantação do Pacto pela Saúde:

- substituição do processo de habilitação pela adesão solidária aos ‘termos de compromisso de gestão’;
- início do processo de regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante da descentralização;
- início do processo de integração das várias formas de repasse dos recursos federais;
- início do processo de unificação dos vários pactos até então existentes.

O pacto, no entanto, não termina no momento da assinatura do termo de compromisso. Seus objetivos e metas devem servir de norte para que os diferentes entes federados orientem as intervenções estratégicas e focalizem a alocação dos recursos conforme as prioridades estabelecidas. Daí a importância de estarem no Plano de Saúde devidamente orçamentados, com estratégias locais eficazes e factíveis, além de ser objeto de análise e prestação de contas no Relatório Anual de Gestão.

Após a celebração do Pacto pela Saúde, todos devem assumir o compromisso de efetivá-lo e aprimorá-lo. A gestão estadual, usando os instrumentos de acompanhamento e avaliação, deverá desenvolver uma agenda de apoio aos municípios, a qual deve respeitar as peculiaridades locais e regionais além de qualificar as regiões seja com a instituição de mecanismos de cogestão, seja com a adoção do planejamento regional voltado para o atendimento às necessidades em saúde da população, priorizando a construção de redes de atenção apoiadas na atenção primária e pautadas pelas linhas de cuidado condizentes com as prioridades do Pacto pela Vida. Também se deve valorizar a cooperação técnica solidária entre os gestores e, principalmente, o financiamento tripartite permanente.

Em quase quatro anos o pacto teve a adesão de todas as Secretarias Estaduais de Saúde e de 3.193 municípios (57,4%) até 7 de janeiro de 2010, segundo dados da Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. Isso significa um percentual 74% maior que a adesão à NOAS no mesmo período de tempo (1.836 municípios de 2001 a 2005).

Essa significativa coalizão em torno do pacto, contudo, será que acompanhou as mudanças necessárias para a consolidação do SUS e o enfrentamento dos desafios cotidianos?

Avaliações realizadas pelo MS, pelo CONASS e pelo CONASEMS revelam que ainda são muitos os desafios a enfrentar tanto nos estados como nos municípios.

Os compromissos do pacto ainda não são totalmente utilizados como norteadores das intervenções locais e não foram agregados aos Planos de Saúde nem às Programações Anuais.

O financiamento tripartite não está consolidado em 100% dos Estados. São poucos os avanços na desprecarização dos vínculos empregatícios e, embora a proliferação dos Colegiados de Gestão Regional tenha ampliado a participação dos municípios no processo de pactuação, ela nem sempre foi acompanhada pela construção da regionalização propriamente dita, ou seja, pela definição de prioridades e pactuação de soluções para a organização de rede de atenção à saúde integrada e resolutive.

A questão das Redes de Atenção à Saúde precisa ser debatida para o estabelecimento de consensos organizacionais, conceituais e de estratégias para a sua implantação, com ênfase no papel coordenador da Atenção Primária em Saúde (APS). É preciso também colocar na pauta de discussões o papel dos consórcios públicos. Outro grande desafio é o entendimento e a implantação de soluções para as questões das regiões interestaduais e de fronteira.

A regulação, o controle, a avaliação e a auditoria são ferramentas de gestão que representaram grandes dificuldades para os municípios em função de problemas com profissionais (indisponibilidade de médicos desvinculados da assistência e dedicados exclusivamente à gestão, por exemplo), com a elaboração de protocolos e normas voltados para as especificidades locais, com a necessidade de regular os atendimentos próprios a partir da APS.

A contratualização ainda não conseguiu aumentar a resolutividade dos pequenos hospitais nem conferir coerência e articulação entre esses serviços e a rede de APS.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) não é atualizado sistematicamente e, em função disso, não serve como ferramenta no desenho das intervenções nas redes de atenção à saúde.

Chama atenção, também, o fato de que a maioria dos indicadores que não atingiram a meta proposta está relacionada com a baixa qualidade e resolutividade da APS. Os municípios vêm enfrentando sérios problemas com a interiorização de profissionais, em especial médicos. A formação profissional ainda permanece fragmentada e não favorece o trabalho em equipe.

Há uma grande dificuldade em operar os parâmetros assistenciais da Programação Pactuada Integrada (PPI) diante do quadro de insuficiência de recursos principalmente do Bloco de Média e Alta Complexidade. O tema está há muito tempo fora da pauta de discussão tripartite, inclusive quanto ao seu sistema de informação e efetiva implantação da PPI da ‘atenção à saúde’, com base na definição e organização das redes de atenção à saúde.

Propostas para otimização dos resultados da implantação do novo Pacto pela Saúde

Importante ressaltar que é preciso dar visibilidade ao Pacto pelo SUS, começando por intensificar as ações de mobilização social em defesa do direito à saúde e do SUS, atuando politicamente para a aprovação da regulamentação da EC n.º 29 até o final de 2010 e fortalecendo a relação tripartite nas ações conjuntas voltadas à defesa e construção de políticas para o SUS. Também é preciso valorizar a presença dos gestores nas instâncias de controle social e construir uma agenda conjunta para ações de mobilização social.

Em relação ao processo de planejamento e programação é necessário reavaliar os indicadores de monitoramento e acompanhamento do pacto de forma a associá-los efetivamente às ações e objetivos previstos em cada prioridade; priorizar as pactuações de políticas e ações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) relacionadas ao Pacto pela Saúde e estabelecer coerência entre essas metas e as estabelecidas; articular e promover a coerência entre os Planos de Saúde, as Programações Anuais e os Termos de Compromisso de Gestão, inserindo as ações necessárias para o alcance das metas; inserir anualmente nos respectivos Relatórios de Gestão uma análise dos resultados obtidos com base nas metas estabelecidas no Pacto pela Saúde.

Uma das premissas básicas propostas na construção do pacto era a descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), que foi chamado à época de ‘choque de descentralização’. Pode-se afirmar que isso pouco avançou, uma vez que na prática ainda permanece a centralização pelo MS de muitas ações administrativas que já poderiam ter sido descentralizadas para as CIB, como, por exemplo, o credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas, equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) etc.

Em relação ao financiamento, é preciso rever o bloco de gestão, unificando os atuais incentivos e acabando com a atual fragmentação. Seria importante construir um processo de valorização da gestão por meio de um único repasse de recursos que leve em consideração o cumprimento das metas estabelecidas no Pacto pela Vida e de Gestão – Índice de Valorização da Gestão (IVG) e que contemple a avaliação de processo e de resultados.

Não menos significativa é a necessidade de dar sequência ao processo de redução das desigualdades regionais, retomando as premissas do artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde, ao considerar a interação de variáveis como população, perfil epidemiológico, capacidade instalada, entre outras para a alocação de recursos.

No que diz respeito à regulação, a contratualização de todos os prestadores de serviço estava entre as metas estabelecidas, o que na prática, em grande parte, ainda não ocorreu. Esse, aliás, é um tema que também não tem sido debatido com frequência na CIT e sua discussão poderia ser acompanhada pela reflexão acerca do papel a ser desempenhado pela Comissão Corregedora Tripartite do Sistema Nacional de Auditoria e a pactuação do Termo de Ajuste Sanitário (TAS).

Em relação ao controle social, as ações previstas no pacto foram, de certa forma, objeto de recursos financeiros por parte do MS dentro do bloco de gestão; é preciso, no entanto, uma avaliação de seu impacto. Persistem, por exemplo, questões que precisam ser superadas no que diz respeito ao papel dos Conselhos de Saúde.

No que se refere à gestão do trabalho, é necessário desenvolver estudos sobre o financiamento tripartite de reposição da força de trabalho anteriormente cedida aos municípios, bem como uma proposta para a sua execução, além de promover um debate e implementar de forma tripartite soluções para a questão de recursos humanos nos SUS, de forma concomitante à avaliação do efetivo impacto das diversas ações que estão em andamento.

O conceito de gestão em saúde introduzido pela NOB e reforçado pelo pacto potencializa as questões inerentes a essa condição: ser gestor da saúde implica implantar novos modos de atenção, baseados na territorialidade e voltados para atender as necessidades sociais demandadas e percebidas; significa participar de um projeto de governo como ator social envolvido no interesse coletivo; significa ter governabilidade (pacto social e sustentabilidade) e capacidade de gestão (dirigente, mediador de interesses, executor e avaliador), ou seja, compartilhar um projeto que exige competência política, capacidade técnica e sustentabilidade. Todos somos, portanto, gestores.

Acima de tudo, temos responsabilidades perante a sociedade. Por isso o controle social é um dos princípios que sustentam o SUS, e o Pacto pela Saúde é o compromisso que assumimos de fazer valer esses princípios.

Assim, é preciso colocar de forma inequívoca o Pacto pela Saúde como item prioritário das agendas do MS, do CONASS e do CONASEMS, fortalecendo a CIT e as CIB como instâncias fundamentais de negociação e pactuação para sua implementação, incluindo na rotina desses fóruns o monitoramento permanente do pacto e das ações estratégicas definidas; definindo estratégias e desenvolvendo ações para que 100% dos municípios brasileiros tenham aderido ao pacto até o final de 2010.

Essa agenda de debates deve ser feita com um olhar voltado para o futuro do SUS diante dos atuais desafios do financiamento, do aprimoramento da gestão e da comunicação com a sociedade brasileira, buscando responder a alguns questionamentos:

- Como garantir os princípios constitucionais diante de um cenário de subfinanciamento crônico?

- Como aprimorar a gestão sem recursos suficientes e com as restrições impostas à melhoria da gerência dos serviços públicos?
- Como melhorar a imagem do SUS diante da opinião pública e promover uma estratégia de sensibilização da sociedade brasileira para a defesa do direito à saúde?
- Como fazer do SUS e do direito à saúde uma verdadeira prioridade política?

As respostas para essas questões são fundamentais para o futuro do SUS.

Pacto pela Saúde: trajetória e perspectivas de avanços

No diálogo com os dados de desempenho apresentados, alguns tópicos precisam ser enfatizados para aprofundarmos a análise, apontando contribuições para as respostas às perguntas colocadas: (I) Quais eram os objetivos do pacto no momento de sua publicação? (II) Qual a avaliação da trajetória percorrida? (III) Quais as propostas para que o Pacto pela Saúde contribua para avanços no SUS. (IV) Quais eram os objetivos do Pacto pela Saúde no momento de sua publicação?

Um dos principais fatores que motivaram os gestores municipais a propor e apoiar a implantação do Pacto pela Saúde foi a oportunidade, que isso poderia representar, de recuperação da autonomia de gestão municipal. Para melhor explicar esse fator, o Quadro 1 mostra as datas de edição e implementação das normas operacionais e do pacto.

No transcorrer desses diferentes períodos, desde a publicação da NOB 91 a autonomia de gestão municipal apresentou profundas modificações. A norma operacional básica 01/1993 (NOB-SUS) foi um marco nessa mudança. De acordo com Silva (2008), uma das formas de habilitação previstas, a semiplena,

(...) representou um aumento importante na autonomia da gestão dos sistemas de saúde nos municípios, que passaram a ter liberdade para renegociar contratos com os prestadores de serviço,

Quadro 1 – Datas de edição e de início de implementação das Normas Operacionais Básicas (Nobs), das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas) e do Pacto pela Saúde

Norma	Edição	Início da implementação
NOB SUS 01/1991	Janeiro de 1991	Janeiro de 1991
NOB-SUS 01/1992	Fevereiro de 1991	Fevereiro de 1991
NOB-SUS 01/1993	Maio de 1993	Novembro de 1994
NOB-SUS 01/1996	Novembro de 1996	Janeiro de 1998
NOAS-SUS 01/2001	Janeiro de 2001	Não-implementada*
NOAS-01/2002	Fevereiro de 2002	Não-implementada*
Pacto pela Saúde	Fevereiro de 2006	Novembro de 2006

*A implementação, em sua essência, não ocorreu, apesar de algumas de suas proposições terem sido assimiladas no processo de descentralização; SUS: Sistema Único de Saúde.

Fonte: Análise de portarias ministeriais e publicações da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

reprogramar a oferta assistencial, instituir novas formas de controle e auditoria e, principalmente, reorientar o modelo de atenção à saúde.

O período seguinte, no entanto, com a publicação da NOB SUS 01/96 (Brasil, 1996) modificou essa tendência. Portarias editadas pelo MS nesse período limitaram a autonomia dos municípios em virtude de criar incentivos de recursos financeiros vinculados à utilização pré-determinada em programas de saúde aos quais os incentivos estavam vinculados. As vinculações, ao limitar a liberdade dos municípios na utilização dos recursos transferidos, reduziram a autonomia dos municípios (SILVA, 2008; LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Como a NOAS não se viabilizou em sua plenitude, a implementação do Pacto pela Saúde, teve, para o CONASEMS, como um dos principais objetivos a redução do ‘engessamento’ a que estavam submetidos os gestores municipais da saúde na vigência da NOB 01/1996, motivo pelo qual a entidade adotou, por iniciativa de seu presidente à época, o *slogan* ‘SUS pós NOB’ como proposta de mudança. Recuperar a autonomia de gestão com a redução da parametrização e do excesso de portarias, e aplicação de um conjunto de diretrizes para aperfeiçoar o processo de gestão do SUS, por meio do componente denominado Pacto de Gestão era uma das metas; as outras estavam explicitadas nos dois outros componentes: assumir a defesa do SUS preconizado pela Reforma Sanitária e, portanto, buscar superar seus graves obstáculos estruturais, entre eles os do subfinanciamento crônico, por meio do ‘Pacto em Defesa do SUS’; pactuar o enfrentamento articulado dos principais problemas de saúde, baseado em indicadores epidemiológicos, por meio do ‘Pacto pela Vida’.

Avaliação da trajetória percorrida

No artigo que ora se debate, é mostrado com clareza que a adesão ao pacto foi expressiva, atingindo a totalidade das secretarias estaduais de saúde e 3.193 municípios (57,4%) até janeiro de 2010. Ao questionar essa adesão, verifica-se que tal iniciativa acarretou mudanças significativas, mas não efetivas; por isso, constituem aspectos centrais deste artigo. Afinal, a formalização do processo de adesão pode ser uma etapa necessária, mas evidentemente constitui apenas o início de um processo de mudanças que devem ser seguidas.

Reafirmamos, pois, os elementos apontados em sua avaliação: o financiamento tripartite e solidário não está implantado na grande maioria das regiões; os Colegiados de Gestão Regional CGR foram instituídos, mas os planos de ação regional não foram construídos ou viabilizados; as estratégias para consolidação de redes de atenção à saúde, nas quais a APS coordena o cuidado e ordena a rede, não se efetivaram, e os processos de regulação pública e contratualização, entre outros, em geral são frágeis e insuficientes.

Enfatizamos, como contribuição ao debate, que na raiz de todos esses problemas constatados na avaliação do Pacto pela Saúde estão obstáculos mais profundos que não foram e não estão sendo adequadamente enfrentados. A tese central do CONASEMS (2010) afirma justamente que se a sociedade brasileira não enfrentar os dilemas estruturantes do SUS – relacionados ao

modelo de atenção à saúde, ao financiamento, à formação e oferta de profissionais de saúde, particularmente os relacionados à disponibilidade de profissional médico para atender as necessidades dos cidadãos usuários, e à gestão pública da saúde –, ele ficará cada vez mais distante de se estruturar e se consolidar como um forte sistema nacional de saúde, tal como era sua imagem-objetivo na década de 1980. Essa tese dialoga diretamente com o seguinte ponto de vista: o êxito do pacto dependerá de trilharmos os caminhos mais adequados para a continuidade de implementação do SUS.

Esse nos parece o aspecto essencial da avaliação do pacto e, aliás, em nosso entendimento o Pacto em Defesa do SUS se posiciona diante do dilema contido na tese do CONASEMS, fazendo uma clara opção pelo SUS constitucional. Mesmo não sendo excessivamente rigoroso, com relação a esse componente – de defesa do SUS – nenhuma mudança efetiva vem de fato acontecendo. Persiste o subfinanciamento crônico e os outros grandes obstáculos que dificultam a consolidação do SUS e, conseqüentemente, a implementação do pacto ocorre em uma conjuntura difícil, caracterizada por grave insuficiência de recursos das mais diversas ordens – financeiras, de profissionais de saúde, de condições de governança para a gestão descentralizada, de suporte logístico, de investimentos em infraestrutura etc.

Paralelamente a isso, mesmo que a CIT, o CONASEMS, o CONASS e o MS, tenham reafirmado o pacto como agenda prioritária e assumido o compromisso de atuar pelo seu fortalecimento como eixo da implementação do SUS, temos a impressão de que essa agenda não foi efetivamente incorporada a esse complexo processo. Sem pretender buscar culpados, é necessário reconhecer que o excesso de portarias continua acontecendo e não raro trazendo novas políticas indutórias que muitas vezes se chocam com as diretrizes organizacionais contidas no componente Pacto de Gestão, por serem contraditórias com as mudanças pretendidas. Pode-se citar a interferência que as unidades de pronto atendimento (UPAS) estão ocasionando na disponibilidade de profissionais para a atenção básica, como ilustrativa dessa situação. O mesmo acontece com outras políticas induzidas pelo MS que, por não terem um planejamento articulado que abranja o conjunto dos desafios com as quais estão relacionadas, se tornam não factíveis e inviáveis, tal como acontece em muitas regiões do país, para citar dois exemplos, com a expansão da estratégia de saúde da família e com os serviços substitutivos de saúde mental, por falta de médicos generalistas e de psiquiatras.

Propostas para que o Pacto pela Saúde contribua para avanços no SUS

Manifestamos nossa concordância com as propostas aqui contidas, por serem proposições valiosas e bem identificadas, tais como: construir maior coerência do processo de planejamento do SUS, promovendo articulação entre os instrumentos de planejamento e gestão; avançar rapidamente na descentralização de decisões administrativas para as CIB; romper definitivamente com a fragmentação atualmente existente no bloco de gestão e criar índices de valorização da gestão; financiamento solidário e tripartite para a força de trabalho em saúde, entre outras.

Os questionamentos finais do artigo – que estão relacionados com as dificuldades estruturais do SUS, com o desafio de transformá-lo, e com o direito à saúde em verdadeira prioridade política –, encerram, a nosso ver, as questões que nos parecem mais importantes no debate sobre o Pacto pela Saúde. Afinal, como já destacado: As respostas para essas questões são fundamentais para o futuro do SUS., e é com respeito a essa preocupação, sem a pretensão de produzir respostas definitivas, que trazemos nossas reflexões finais.

Nossa avaliação, descrita no tópico precedente quando citamos a tese central do CONASEMS, não pretende defender uma postura imobilizante ou letárgica. Ao contrário, no documento citado são detalhadas inúmeras propostas defendidas para superar as dificuldades atuais. Com relação ao Pacto pela Saúde, igualmente entendemos que os desvios e dificuldades para a estruturação do SUS devem ser considerados como o ponto de partida para a pactuação entre os gestores. Assim, acreditamos que é preciso colocar de forma inequívoca o Pacto pela Saúde como item prioritário das agendas do MS, do CONASS e do CONASEMS. Para os gestores municipais, o pacto é a alavanca de acumulação da capacidade de gestão descentralizada, capaz de transformar a atenção básica em ordenadora do sistema, aperfeiçoando as redes de atenção à saúde, e mobilizar o fortalecimento dos COSEMS em todo o país.

Nessa perspectiva, muito mais do que constituído de um conjunto de normas e diretrizes para organizar o sistema de saúde – que, aliás, pode muito bem ser obedecido sem mudar grande coisa, se o for de forma meramente cartorial – o pacto é uma oportunidade estratégica para promover mudanças mais concretas e efetivas no funcionamento do SUS. Sobre isso, fazemos alguns apontamentos a seguir, os quais apresentam algumas das diretrizes que poderiam ser adotadas:

1. aproveitar o presente momento de avaliação do Pacto pela Saúde pelos gestores públicos das três esferas de governo, e a conjuntura de realização de eleições como uma oportunidade para utilizar os espaços políticos visando ao reconhecimento dos obstáculos estruturais do processo de construção do SUS e aos compromissos com a retomada da universalidade com integralidade, equidade e qualidade. Isso implica objetivamente, por exemplo, compromissos dos atores políticos com mais recursos financeiros para o SUS e menor dispêndio público para subsidiar os planos privados;
2. fortalecer o Pacto pela Saúde por meio do fortalecimento dos COSEMS, das CIB e especialmente dos CGR. Associar à legitimação dos CGR como instâncias de planejamento do SUS a construção de um processo de simplificação da gestão descentralizada, rompendo com a multiplicidade de instrumentos atualmente existentes e apoiando a formulação e implementação dos planos municipais e regionais de saúde de acordo com as diretrizes e princípios do SUS. A descentralização da gestão torna-se imprescindível para potencializar e otimizar os recursos existentes e construir propostas viáveis e factíveis, coerentes com as diferentes realidades regionais;
3. fortalecer processos de regulação do sistema, incluindo transformar a programação pactuada e integrada (PPI) em instrumento de programação para a rede de saúde redesenha-

da e aproximar os processos de educação permanente com o Pacto pela Saúde. Isso teria como objetivo ampliar a autonomia da gestão regional, superando a mera programação da oferta assistencial e a elaboração parametrizada de termos de compromisso de gestão que tem caracterizado a maioria dos processos de adesão ao pacto, por construção de planos estratégicos que possibilitem incremento da governança regional.

A construção das redes regionalizadas de atenção à saúde, tal como proposto na regionalização preconizada no pacto, depende, por um lado, de se superarem obstáculos macroestruturais e de um adequado planejamento das políticas do SUS. Depende também, por outro, de descentralização do processo de gestão para que os atores locais: gestores, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e usuários se tornem protagonistas mais relevantes na pactuação de novos compromissos e responsabilidades.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). *Tese do CONASEMS 2010-2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional da Saúde*. Lei n.º 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 de saúde e outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional da Saúde*. Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.203, de 06.11.96: redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB 01/96. *Diário Oficial da União*, Brasília, 06 nov. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 545, de 20.05.93: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde e aprova a NOB 01/93. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 mai 1993.

CONASEMS. *Tese do Conasems 2010-2011*. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Brasília, 2006.

LEVCOVITZ, E.; DIAS L.; MACHADO L.; VIEIRA, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-91, 2001

SANTOS, W.G. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Editora campus, 1979

SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e espaços de inovação nas gestões locais*. 2008. 41 p. No prelo. Artigo elaborado como parte de pesquisa Municipalização da saúde e poder local.

O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais

*Roberto Passos Nogueira**

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem se destacado entre as demais políticas sociais por notáveis avanços em sua organização federativa. Tais avanços podem ser exemplificados pela descentralização das funções administrativas e da prestação de ações e serviços em todo o território nacional, pelo funcionamento contínuo de instâncias de cogestão nas esferas federais e estaduais e pelos pactos promovidos entre os gestores, com vistas à definição de metas comuns, inclusive em termos de indicadores de saúde. Neste sentido, a articulação federativa conduzida pelo SUS é usualmente tida pelos analistas de gestão de políticas públicas como experiência muito bem-sucedida (ABRUCIO, 2005; ARRETICHE, 2002).

Contudo, há um setor da gestão pública do SUS devido ao qual o sistema parece acumular mais problemas do que qualidades: é o da gerência de suas unidades assistenciais, constituídas pelos hospitais e ambulatorios, cuja missão é assegurar acesso universal e igualitário, conforme preconizado no art. 196 da Constituição Federal. Essas unidades do SUS estão longe de exibir desempenho adequado em termos de eficiência e de qualidade dos serviços prestados aos seus usuários. Segundo avaliação promovida pelo Banco Mundial, esse mau desempenho é atribuível, entre outros fatores, à falta de autonomia financeira e técnico-administrativa (WORLD BANK, 2007). Há também que se considerar os níveis de financiamento do sistema pelo governo fede-

* Este texto está sendo publicado simultaneamente pela DIEST/IPEA.

ral, os quais a maioria dos gestores avalia como insuficientes e cujo impacto desfavorável sobre a qualidade dos serviços hospitalares próprios e de terceiros não pode ser subestimado.

O debate sobre a necessidade de conferir maior autonomia à gerência financeiro-administrativa das unidades assistenciais do SUS põe em relevo um contraste entre dois tipos de reforma administrativa do Estado. De um lado, encontra-se a reforma de tipo clássico, de inspiração thatcheriana, que almeja, antes de tudo, a eficiência no uso dos recursos públicos: fazer mais com menos, evitar o desperdício. De outro lado, está aquele modo de reforma que, sem desprezar as questões de eficiência, busca primariamente alcançar efetividade, quer dizer, prestar serviços públicos com acesso garantido e mais amplo, em conformidade com as necessidades dos cidadãos. Trata-se, neste caso, de mudanças institucionais e gerenciais feitas na perspectiva da ampliação da cobertura e da melhoria da qualidade dos serviços de proteção social brindados pelo Estado (BJÖRKMAN, 2005; ABRUCIO, 2007).

Em sua primeira fase, o SUS desencadeou o que pode ser chamado de reforma democratizante do Estado em sua estrutura federativa (SANTOS, 2009). Atualmente, está passando pela redefinição institucional do papel de suas unidades assistenciais, que está mais próxima do segundo tipo de reforma administrativa. Pode-se afirmar que o objetivo geral que os gestores têm em vista é tornar esse sistema de proteção social mais efetivo, aumentando a capacidade de prestação de serviços e dando acesso a serviços integrais de saúde, isto é, atendendo ao conjunto das necessidades de saúde das pessoas. Mas a principal mudança que vem ocorrendo nesta direção – que é a criação de novas modalidades institucionais de assistência não subordinadas à administração direta do Estado, entre as quais se destacam as organizações sociais (entes privados) e as fundações estatais (entes estatais) – tem sido objeto de intensa polêmica entre os principais atores políticos do SUS e, especialmente, tem envolvido em conflitos acirrados os gestores e o controle social (isto é, os conselhos de saúde).

Este artigo pretendeu examinar quatro questões:

- 1) Por que o SUS foi bem-sucedido em sua estratégia de descentralização e de gestão em colaboração federativa e tem demonstrado desempenho desfavorável por parte de suas unidades públicas prestadoras de serviços?
- 2) Em termos qualitativos e quantitativos, qual é a situação atual das novas modalidades institucionais?
- 3) Quais são os conflitos de natureza política e ideológica que restringem ou dificultam a disseminação dessas modalidades no conjunto do SUS?
- 4) Que futuro pode ser previsto em relação a essas modalidades?

O sucesso da articulação federativa descentralizadora e seus motivos

Os resultados positivos alcançados pelo SUS na articulação federativa e no processo de descentralização têm sido destacados por inúmeros pesquisadores. Abrucio (2005) afirma que “a saúde é, sem dúvida alguma, a política pública de maior destaque no quadro federativo desde a Constituição de 1988”. Por sua vez, Arretche (2002) salienta que “a municipalização da gestão

dos serviços foi o elemento central da agenda de reformas do governo federal na área da saúde ao longo da década de 1990 e pode-se afirmar que, deste ponto de vista, a reforma foi um sucesso”. Ainda mais incisivo, um respeitado jornalista de economia afirma sobre o SUS que se trata do “mais bem-sucedido modo de articulação federativa até agora desenvolvido no país” (NASSIF, 2009). A partir desse tipo de reconhecimento, o SUS tem servido de inspiração para a conformação do modelo federativo de outras áreas de políticas públicas como, por exemplo, a assistência social, a segurança pública e até para a negociação de investimentos em saneamento do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC).

São múltiplos os mecanismos de articulação federativa que foram postos em funcionamento para que a gestão do SUS pudesse se tornar realidade em praticamente todos os municípios do país. Há que se citar, em primeiro lugar, o papel exercido pela Comissão Tripartite, que atua junto ao Ministério da Saúde e é formada por gestores do SUS das três esferas do governo. Esta comissão representa a principal instância de negociação e pactuação de critérios de distribuição de recursos, de planos e de avaliação do desenvolvimento das pactuações realizadas em casa esfera de governo.

No âmbito estadual, papel similar é cumprido pela Comissão Bipartite, que reúne gestores municipais e estaduais e se encarrega dos planos estaduais, regionais e de regionalização das ações e serviços propostos pelos Colegiados de Gestão Regional, que, por sua vez, são integrados pelos gestores dos municípios envolvidos e por representação da gestão estadual.

A essas instâncias de caráter permanente devem ser agregados dois outros mecanismos de caráter mais informal:

- a) reuniões com vistas à formulação e aprovação de pactos de gestão, que explicitem metas administrativas e dos pactos pela saúde, os quais determinam resultados a serem alcançados de acordo com indicadores;
- b) negociações de caráter extraordinário e informal dos gestores com o ministro da saúde e com outras autoridades da área federal, quando se apresentam certas questões candentes, principalmente no diz respeito a aspectos de financiamento e de estratégias de atenção integral à saúde.

Tendência importante, que põe em relevo a capacidade de cooperação federativa do SUS, é a formação de consórcios municipais para a organização regional de ações e serviços de saúde que correspondam a seu nível de atuação (RIBEIRO E COSTA, 2000), conforme previsto na lei orgânica (artigo 10º da lei 8.080/1990), e que garantam atendimento integral à população dos municípios associados. Em 2008, registravam-se 176 desses consórcios formados para fins de prestação integral de serviços de saúde à sua população, com destaque para o Estado de Minas Gerais, onde existiam nada menos que 65 consórcios em funcionamento (Tabela 1).

Segundo Neves e Ribeiro (2006), o menor compromisso dos governos estaduais com investimentos e custeio dos sistemas regionais estimulou, na década de 1990, os municípios a buscarem compensação mediante a organização dos consórcios intermunicipais. Neste sentido, a organização espontânea de consórcios preencheu um vazio criado pela falta de poder diretivo dos

Tabela 1 – Brasil e Unidades Federadas (UF), 2008: número de consórcios de saúde

Estado	Consórcios	Estado	Consórcios
CE	2	RJ	6
ES	8	RN	3
MG	65	RS	16
MT	15	SC	10
PA	3	SP	17
PB	7		
PR	24	Brasil	176

Fonte: Ministério da Saúde

estados na organização das suas regiões e microrregiões assistenciais durante esse período. De sua parte, a Norma Operacional de Assistência de 2002 (NOAS/2002) não faz referência ao papel dos consórcios, mas estabelece como requisito a formulação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), “como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 9). A NOAS afirma que o PDR:

fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 9).

A estratégia de formação de consórcios municipais facilmente pode escapar às diretrizes da política estadual de organização da assistência em microrregiões, devido ao caráter de cooperação espontânea dos consórcios. Portanto, esta estratégia tem de ser avaliada pelas secretarias estaduais para que possa se ajustar às diretrizes do PDR, o qual, em princípio, busca detectar o conjunto das necessidades e prioridades das microrregiões dentro do território de cada unidade federada.

A trajetória bem-sucedida da descentralização do SUS é comprovada pela Tabela 2, que exibe a evolução do número de leitos hospitalares e do número de empregos de médicos nas três esferas de governo ao longo do período 1992-2005. Os dados evidenciam forte desconcentração

Tabela 2 – Brasil, 1992-2005: evolução do número de leitos hospitalares e de empregos médicos nas três esferas de governo

	Leitos			Empregos médicos		
	1992	2005	Var. 1992-2005	1992	2005	Var. 1992-2005
Federal	24.072	17.189	-28,6	22.418	19.733	-12
Estadual	75.147	61.699	-17,9	56.649	63.530	12,1
Municipal	35.861	70.078	95,4	68.968	158.104	129,2
Total	135.080	148.966	10,3	150.027	243.372	62,2

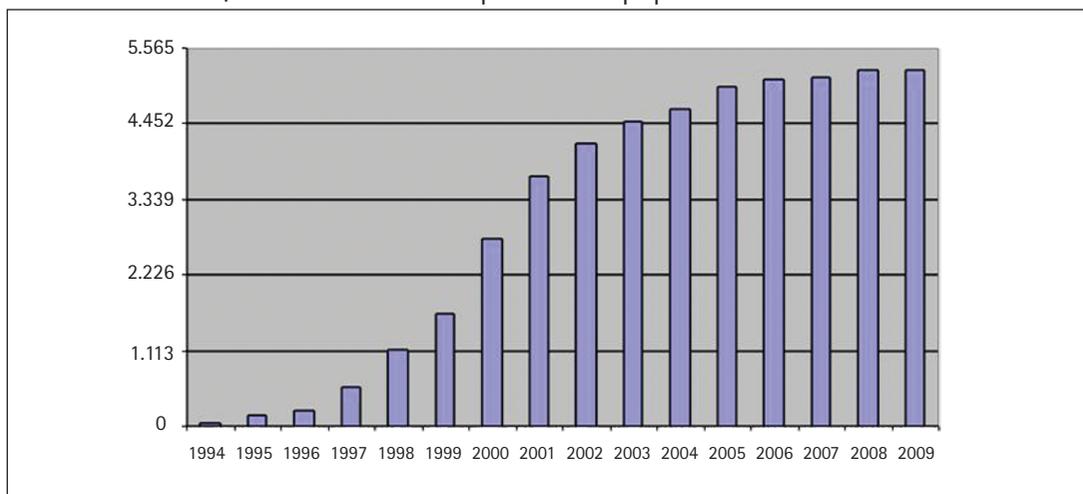
Fonte: DATASUS/IBGE

de recursos físicos e humanos no sentido do fortalecimento da capacidade de assistência pelos governos municipais. Parte desses resultados foi alcançada mediante a cessão descentralizadora de recursos humanos feita pelo Ministério da Saúde, pelas secretarias estaduais de saúde e por meio da transferência para a administração municipal de hospitais anteriormente mantidos nessas duas esferas. Com efeito, cerca de 70% de todo o pessoal do Ministério da Saúde encontra-se cedido a outros órgãos descentralizados do SUS. Mas deve ser observado que novos investimentos em leitos hospitalares e a expansão da força de trabalho própria, a partir da edição da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), vieram a aumentar significativamente a capacidade de atendimento pela rede assistencial dos municípios.

Em termos do alcance da cobertura das ações e serviços do SUS, um indicador expressivo é fornecido pela expansão da estratégia de saúde da família, como se constata pelo Gráfico 1. Em 2009, 5.251 municípios contavam com a atuação de equipes de saúde da família, representando 94% do total de municípios do país. É sabido que esta expansão vem acarretando um custo de legalidade administrativa. Mais de 50% dos recursos humanos da estratégia de saúde da família são mantidos mediante contratos precários; por outro lado, em municípios pequenos, a fim de serem atraídos e mantidos em seus postos de trabalhos, os médicos costumam receber remuneração que supera a do prefeito. Esses dois fenômenos caracterizam situações irregulares.

Abrucio (2005), Arretche (2002) e Viana, Lima e Oliveira. (2002) asseveram que o principal impulso para o sucesso da cooperação federativa descentralizadora do SUS deveu-se à combinação entre a obediência às diretrizes emanadas das normas operacionais (básicas e de assistência) pactuadas pelas três esferas de governo na Comissão Tripartite e o estímulo dado pelos repasses financeiros federais em conformidade com o estágio evolutivo da organização e a complexidade dos sistemas locais de saúde. Esta argumentação tem peso considerável, mas, pelo fato de se fundamentar unicamente no pressuposto da ‘conduta racional’ dos gestores, deixa de levar em

Gráfico 1 – Brasil, 1994–2009: municípios com equipes de saúde da família



Fonte: Ministério da Saúde

conta a dimensão político-ideológica, a qual pode favorecer alianças ou gerar conflitos entre os diversos atores envolvidos no processo de construção do SUS.

É preciso ter em vista que o SUS é fruto de um dos mais relevantes processos de mobilização social que ocorreram durante a redemocratização do país e em torno da formulação da Constituição de 1988. A reforma sanitária brasileira produziu quatro tipos principais de militantes, que vieram a consolidar suas posições ao longo dos anos 1990:

- 1) os docentes, os pesquisadores e os estudantes vinculados às instituições de ensino e pesquisa;
- 2) os gestores do sistema nas três esferas de governo, com destaque para o ‘movimento municipalista’, liderado pelos gestores municipais;
- 3) os que atuam em ONGs, nos movimentos populares e nos movimentos de defesa dos direitos dos usuários, por exemplo, as entidades de defesa dos portadores de HIV/AIDS;
- 4) finalmente, os trabalhadores de saúde do SUS e aqueles que, embora não vinculados diretamente a este sistema, o defendem enquanto política pública. Esses tipos de militantes não são mutuamente exclusivos, pois, certamente, há muitas possibilidades de sobreposição, como é o caso dos gestores que são docentes em instituições universitárias.

A hipótese aqui adotada é que, de modo geral, esses quatro tipos de atores historicamente tenderam para a convergência política e atuaram em aliança estratégica para reforçar os rumos oficialmente definidos na articulação federativa descentralizadora. Em torno desta questão, houve sempre mais convergência do que divergência. Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Constituinte (1987 a 1988), um alto grau de consenso político entre esses quatro atores veio a constituir o fator decisivo para a conformação federativa do SUS. Este é o consenso político original, que defendia três teses convergentes:

- 1) gestão compartilhada nos âmbitos federal, estadual e municipal, com direção única em cada esfera de governo;
- 2) descentralização que concede papel destacado à gestão municipal;
- 3) funcionamento obrigatório do controle social, por meio dos conselhos de saúde. O consenso similar não existe quando se trata de criar e implantar os novos modelos institucionais de gestão das unidades assistenciais.

As unidades assistenciais públicas do SUS e seu desempenho

Em 2005, estavam em operação no país 2.752 unidades assistenciais, pertencentes ao setor público das esferas federal, estadual e municipal, providas de recursos de internação. Em conjunto, dispunham de 148.966 leitos, que correspondiam a 33,6% do total de 443.210 leitos para internação existentes no país. As unidades públicas com internação apresentavam maior concentração na região Nordeste, mas o maior número médio de leitos por unidade encontrava-se na região Sudeste (Tabela 3).

Tabela 3 – Brasil e regiões, 2005: unidades públicas com internação segundo tipo de atendimento e média de leitos por unidade

Região	Tipo		Total de unidades	Total de leitos	Média de leitos por unidade	
	especializado	Com especialidades				
Norte	8	163	183	354	15.667	44
Nordeste	59	539	654	1.252	52.492	42
Sudeste	51	260	239	550	53.428	97
Sul	11	66	182	259	14.859	57
Centro-Oeste	6	54	252	312	12.520	40
Brasil	135	1.082	1.510	2.727	148.966	55

Fonte: IBGE

A manipulação dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) permite obter uma imagem atualizada da distribuição regional de leitos públicos e privados. Evidencia-se que a região Sudeste concentra, proporcionalmente, quantidade maior de leitos de internação públicos do que o Nordeste (36,9 contra 34,5%), ao mesmo tempo em que concentra expressiva proporção de leitos privados (43,8%). Contudo, o número absoluto de leitos públicos no Sudeste é pouco maior que no Nordeste, enquanto que, no âmbito privado, há duas vezes mais leitos no Sudeste (Tabela 4). Portanto, conclui-se que o SUS obteve resultado favorável à equidade entre essas duas regiões na implantação de seu sistema assistencial.

Os leitos públicos estão localizados em unidades assistenciais que variam muito em sua oferta de leitos e, portanto, na capacidade de atendimento: desde as chamadas unidades mistas, que fazem predominantemente atendimento ambulatorial e dispõem de número reduzido de leitos de internação, até as unidades hospitalares de grande porte, que contam com mais de 300 leitos.

As unidades assistenciais com internação costumam ser divididas em três grupos:

- 1) atendimento especializado (unidades que admitem pacientes para uma única especialidade, por exemplo, oncologia, traumatologia ou cardiologia);
- 2) atendimento com especialidades (admitem pacientes para diversos serviços ou enfermarias especializadas);
- 3) atendimento geral de pacientes para serviços clínicos e cirúrgicos gerais (não têm distinção organizacional de especialidades). Mas é preciso ter em conta que grande parte dos hospitais especializados corresponde às tradicionais maternidades (atendimento em ginecologia e obs-

Tabela 4 – Brasil e regiões, outubro de 2009: leitos públicos e privados de internação

Região	Públicos	%	Privados	%	Total	%
Norte	18.842	10,6	14.472	4,3	33.314	6,5
Nordeste	61.593	34,5	70.353	21,1	131.946	25,8
Sudeste	65.860	36,9	158.122	47,4	223.982	43,8
Sul	17.253	9,7	64.767	19,4	82.020	16
Centro-Oeste	14.790	8,3	25.864	7,8	40.654	7,9
Brasil	178.338	100	333.578	100	511.916	100

Fonte: CNES

tetrícia), as quais, em geral, têm pequeno porte e baixo grau de complexidade tecnológica; muitas nem sequer dispõem de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para recém-nascidos.

A portaria ministerial nº 2.224 de 5 de dezembro de 2002 estabeleceu critérios de classificação das unidades hospitalares para os estabelecimentos públicos e privados com leitos disponíveis ao SUS, conforme discriminados no Quadro 1.

De acordo com o número de pontos alcançados, os hospitais são classificados em 4 tipos: porte I (1 a 5 pontos); porte II (6 a 12 pontos); porte III (13 a 19 pontos) e porte IV (20 a 27 pontos). Os hospitais de porte III e IV correspondem aos estabelecimentos que se caracterizam por concentrarem procedimentos de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial. Tais procedimentos admitem grande diversidade, mas alguns dos mais importantes podem ser mencionados a título ilustração: patologia clínica, terapia renal substitutiva (diálise renal), quimioterapia, radiodiagnóstico, hemoterapia e medicamentos de dispensação excepcional. Naturalmente, esse é o setor de mais alto dispêndio financeiro no âmbito do SUS, absorvendo parcela considerável dos orçamentos públicos da saúde, especialmente nas esferas federal e estadual.

O Ministério da Saúde mantém unidades próprias, de alta complexidade, no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul. No Rio de Janeiro se localizam três institutos nacionais: o de Oncologia (INCA), o de Cardiologia (INC) e o de Traumatologia e Ortopedia (INTO). Por outro lado, as transferências do Ministério da Saúde para o pagamento de procedimentos de média e alta complexidade representam, em geral, o dobro do destinado às ações de atenção básica. Em 2006, a transferência neste item de despesa do ministério alcançou quase 13 bilhões de reais, em comparação com 6,7 bilhões destinados à atenção básica (Tabela 5).

Um dos pontos de maior debilidade do SUS como política social encontra-se na grande fragmentação dos seus subsistemas de atenção. Tal fragmentação abrange aspectos que são, de um lado, de natureza técnico-financeira e, de outro, de natureza social, pois implicam a diferenciação da extração social da sua clientela. Por exemplo, os serviços de alta complexidade costumam ser utilizados pela clientela de classe média e mesmo a elite, que também são usuárias dos serviços de planos de saúde; por outro lado, a atenção básica só é utilizada por esses grupos excepcionalmente, a não ser em relação a alguns serviços de saúde pública, tais como a vacinação de crianças e de idosos.

As ações e serviços de alta complexidade têm altíssimo custo e grande visibilidade social, o que garante a convergência de interesses políticos e econômicos entre gestores, prestadores e usuários de classe média e elite. Neste caso, o SUS não funciona, de fato, como 'um sistema pobre para os pobres'. Paradoxalmente, a alta complexidade é o único subsistema que mantém o caráter originalmente previsto do SUS: relativamente universal e igualitário¹. Por outro lado, por funcionar frequentemente como instância isolada, que se mantém, sobretudo mediante

¹ Pode-se interpretar que o uso continuado desse nível de atenção pela classe média é justificável do ponto de vista dos objetivos de uma política pública, na medida em que constitui uma espécie de seguro provido pelo Estado em relação a riscos econômico-sociais catastróficos que podem acometer o indivíduo e sua família.

Quadro 1 – Critério de classificação das unidades hospitalares pelo Ministério da Saúde

Pontos por item	ITENS DE AVALIAÇÃO								Pontos totais
	A	B	C	D	E	F	G		
	Nº de Leitos	Leitos de UTI	Tipo de UTI	Alta complexidade	Urgência Emergência	Gestão de alto risco	Salas cirúrgicas		
1 ponto	20 a 49	1 a 4	-----	1	Pronto atendimento	-----	Até 2	Mínimo 1	
2 pontos	50 a 149	5 a 9	Tipo II	2	Serviço de urgência/emergência	Nível I	Entre 3 e 4		
3 pontos	150 a 299	10 a 29	-----	3	Referência nível I ou II	Nível II	Entre 5 e 6	Máximo 27	
4 pontos	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência nível III	-----	Acima de 8		

Fonte: Ministério de Saúde. - nº 2.224 de 5 de dezembro de 2002

Tabela 5 – Brasil, 2006: recursos transferidos do Ministério da Saúde por grupo de despesas

Grupo de despesa	Valor despendido
Média e alta complexidade	12.878.797.580
Atenção básica	6.787.272.182
Ações estratégicas	2.233.448.916
TOTAL	21.899.518.678

Fonte: DATASUS

convênios e contratos com entidades privadas, a alta complexidade é vista, às vezes, como o vilão do SUS, na medida em que seus altos custos subtraem recursos dos demais subsistemas e raramente atua de forma integrada com demais níveis de atenção.

Assim, no exercício de sua função de assistência direta à saúde (portanto, excluindo ações e serviços de vigilância sanitária), o SUS é hoje composto por quatro subsistemas heterogêneos e relativamente independentes:

- 1) os hospitais e ambulatórios, que realizam atendimentos de alta e média complexidade técnica (de porte IV e III, na classificação mencionada);
- 2) as maternidades e pequenos hospitais de atendimento geral (majoritariamente de porte I);
- 3) os serviços de urgência e emergência que podem ser hospitalares e ambulatoriais, a par dos serviços de remoção de pacientes graves e atendimento imediato (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU);
- 4) os serviços básicos de saúde, que incluem a estratégia de saúde da família.

Essas considerações preliminares servem também ao propósito de chamar atenção para a necessidade de avaliar a questão da qualidade da assistência hospitalar no SUS, de acordo com certas condições sociais, financeiras e técnicas, que criam fortes diferenças de efetividade (ou seja, de capacidade de atendimento) entre suas unidades assistenciais.

O subsistema 2, que abrange unidades públicas e privadas conveniadas, é o que mais padece das consequências dos níveis insuficientes de financiamento do SUS. Em geral, essas unidades hospitalares estão obrigadas a limitar sua capacidade de atendimento por escassez de recursos humanos e materiais. Para a opinião pública, a face mais visível desses problemas são as longas filas ou o longo tempo de espera para consultas e internações. Como a qualidade e a presteza do cuidado deixam a desejar, mesmo no caso de procedimentos relativamente simples, como o parto, a classe média espontaneamente se exclui desse subsistema e utiliza os serviços privados equivalentes, credenciados pelos planos de saúde.

É preciso ter em vista o pano de fundo do financiamento do SUS para que se faça apreciação adequada dos problemas do desempenho gerencial de suas unidades operacionais. Com efeito, uma breve comparação internacional (Tabela 6) permite que se tenha ideia mais clara dos níveis

Tabela 6 – Despesa per capita do Governo com Saúde (Dólares, PPP) e como porcentagem da despesa *per capita* total com saúde, 2006

	Despesa do Governo – Dólares (PPP)	% Total
Argentina	549	45,6
Bolívia	161	62,6
Brasil	323	47,9
Chile	363	52,7
Colômbia	396	85,3
Cuba	617	91,5
Equador	165	43,5
Estados Unidos	3.076	45,8
México	344	44,2

Fonte: WHO, World Health Statistics, 2009

PPP: Paridade de Poder de Compra (do inglês *Purchasing Power Parity*)

inadequados da despesa pública com saúde no Brasil, sobretudo por se tratar de um país que, constitucionalmente, dispõe de sistema de acesso universal e igualitário².

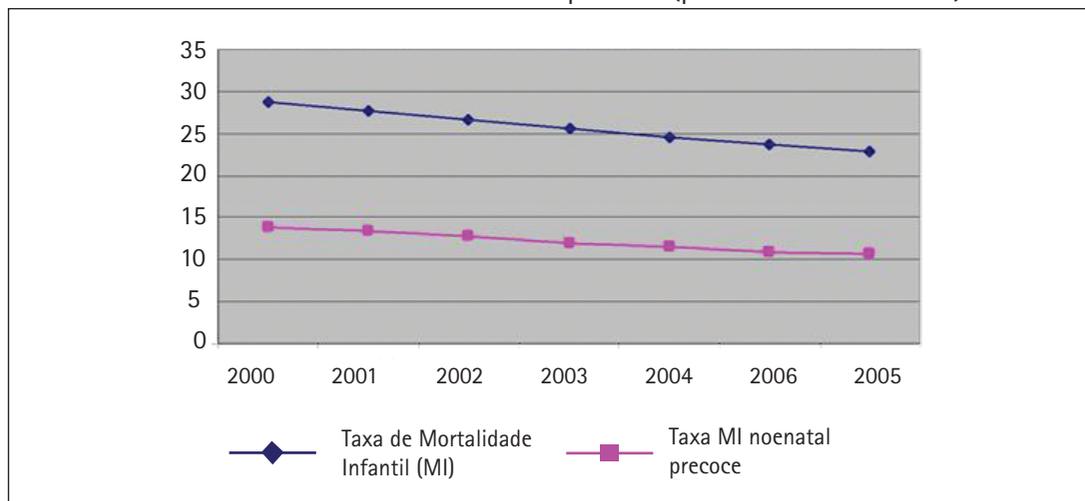
Vê-se que o gasto público total *per capita* com saúde no Brasil limita-se a 323 dólares e representa menos da metade (47,9%) do gasto total, que inclui o gasto privado das famílias. O gasto governamental *per capita* do Brasil é menor que o dos países da América Latina com grau semelhante de desenvolvimento (Argentina, Chile e México) e, inclusive, se situa abaixo do gasto da Colômbia.

Por certo, essa condição de financiamento insuficiente afeta o desempenho das unidades hospitalares do SUS, especialmente quanto aos tipos de porte I e II, com reflexos sobre alguns indicadores de saúde, dos quais cumpre salientar a mortalidade neonatal e a mortalidade materna. Aqui se tomou como referência unicamente a mortalidade neonatal, dado que a qualidade do indicador de mortalidade materna está comprometida devido a problemas de subregistro das causas específicas de óbito.

No Brasil, a mortalidade infantil vem caindo em ritmo constante, o que se deve, em grande parte, à queda da fecundidade e às melhorias nas condições de vida da população e na cobertura por serviços de atenção básica de saúde e saneamento. Contudo, tem sido surpreendentemente lenta a diminuição da mortalidade neonatal (óbitos de recém-nascidos com menos de quatro semanas de vida) e, particularmente, da mortalidade neonatal precoce (óbitos de recém-nascidos com menos de uma semana de vida). Esses indicadores dependem estreitamente de boa assistência pré-natal e da qualidade dos serviços hospitalares no momento do parto e nos dias seguintes subsequentes. Deve-se ter em conta que 98% dos partos no Brasil são realizados em hospitais (RIPSA, 2009). O Gráfico 2 compara a velocidade de queda desses dois indicadores, evidenciando que, entre 2000 e 2006, a mortalidade infantil caiu 6 pontos, enquanto a mortalidade neonatal precoce caiu apenas 3 pontos (por mil).

² Os indicadores de despesas com saúde citados na Tabela 6 procedem do relatório mundial de estatísticas de saúde publicada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009).

Gráfico 2 – Brasil, 2000–2006: Comparação da evolução da taxa de mortalidade infantil com a taxa de mortalidade infantil neonatal precoce (por mil nascidos vivos)



Fonte: DATASUS

As principais causas dos óbitos neonatais são a prematuridade, as infecções e a asfíxia ou hipóxia do recém-nascido, causas que, ao contrário dos defeitos congênitos, têm grande potencial de prevenção por meio da assistência qualificada do sistema de atenção às gestantes, ao parto e ao puerpério imediato. Para que se tenha ideia desse potencial de prevenção, cumpre mencionar que o risco relativo de morte de crianças brasileiras por asfíxia ou hipóxia intraparto é quase nove vezes maior que o verificado nos Estados Unidos (RIPSA, 2009). Ademais, a taxa brasileira de mortalidade neonatal é mais do que o dobro da que se verifica no Chile e em Cuba.

As altas taxas de mortalidade neonatal constituem evidência de que o Brasil ainda apresenta deficiente qualidade de assistência hospitalar ao parto. Há problemas de capacitação técnica de recursos humanos, mas não há dúvidas de que os estabelecimentos gerais de menor porte, que incluem a maioria das maternidades, são justamente os mais atingidos pelos problemas de financiamento do SUS.

Situação atual das novas modalidades de gestão e os conflitos políticos em torno delas

A avaliação conduzida pelo Banco Mundial evidenciou que as principais deficiências que afetam a qualidade do cuidado nos hospitais brasileiros estão relacionadas às áreas de suprimento de medicamentos, de gestão das pessoas e de equipamentos e insumos médicos (WORLD BANK, 2007). Esses problemas foram identificados pelos respondentes dos questionários da investigação como sendo resultantes de baixa eficiência e eficácia no manejo de recursos, ou seja, como devidos ao mau desempenho gerencial. Em geral, os hospitais estaduais registraram dificuldades gerenciais mais sérias do que seus congêneres federais.

A falta de autonomia na gestão de recursos humanos e materiais é repetidamente referida como o fator principal que, no âmbito do SUS, dificulta a prestação de serviços hospitalares com agilidade e qualidade. As unidades assistenciais vinculadas à administração pública direta enfrentam inúmeros problemas criados pela falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, que acaba por comprometer sua efetividade. Um desses problemas é a dificuldade de incorporar profissionais e especialistas de saúde no número e na diversidade que se fazem necessários. É igualmente prejudicada a relação com o mercado de insumos de saúde (medicamentos e equipamentos) e com os parceiros do setor privado, que têm em comum a característica de alto dinamismo tecnológico.

Os motivos da baixa efetividade podem ser desdobrados da seguinte maneira:

- 1) reduzida autonomia técnico-administrativa, devido às normas e procedimentos típicos da administração direta;
- 2) limitações criadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente quanto à admissão e expansão dos recursos humanos;
- 3) falta de agilidade nos processos licitatórios para a aquisição de equipamentos e insumos de necessidade urgente;
- 4) dificuldades de incorporação de pessoal mais qualificado e de certas especialidades, inclusive porque alguns profissionais, a exemplo dos anestesistas e oftalmologistas, recusam-se a prestar concurso público ou prestam, mas não assumem as vagas disponíveis.

Atualmente, duas modalidades institucionais principais se apresentam aos gestores do SUS como possível solução para o problema da falta de autonomia gerencial das unidades assistenciais – as Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais (FE). Além dessas duas modalidades, há as Fundações de Apoio (FA) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Contudo, as FA têm como missão precípua o apoio a atividades de pesquisa e ensino realizadas pelo hospital e, ao se imiscuírem nas atividades de gestão, deixam de respeitar esse limite legal.

As OS configuram-se como entidades gestoras, de caráter privado, mas sem finalidade de lucro, vinculando-se às secretarias de saúde por meio de contratos de gestão. Já as FE constituem fundações públicas com estrutura de direito privado, caracterizadas por obedecerem a regras flexíveis ou simplificadas de direito administrativo e por estarem adstritas ao âmbito da administração indireta do Estado³. Essas duas novas modalidades institucionais estão sendo implantadas pelos gestores em meio a conflitos com outros importantes atores do SUS.

No Quadro 2, tem-se uma descrição da situação atual dessa tendência de inovação institucional do SUS em seus aspectos qualitativos e quantitativos. É útil começar pela visão qualitativa, resumindo o conjunto dos aspectos legais e organizacionais das quatro modalidades.

A lei federal que facultou a criação das fundações de apoio é de 1994, portanto, precede às iniciativas de reforma administrativa do Estado. O decreto regulamentador mais recente (Nº 5.205,

³A necessidade de encontrar uma solução alternativa em relação ao modelo de gestão terceirizado das OS foi implicitamente reconhecida durante o governo Lula, quando o Ministério do Planejamento iniciou a realização de estudo pormenorizado das bases jurídicas e administrativas das FE. A formulação do modelo das FE atendeu a uma solicitação feita em 2005 pelo Ministério da Saúde, que considerava imperativa a completa transformação institucional dos hospitais federais do Rio de Janeiro, que viviam uma constante crise de gestão de recursos humanos e materiais.

Quadro 2 – Modalidades institucionais de flexibilização, parceria e terceirização da gestão pública

	Fundação de apoio	Organização social e OSCIP	Fundação estatal
Base legal	Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994; Decreto nº 5.205, de 14 de Setembro de 2004	Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999	Projeto de Lei nº 92 de 2007 que Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal (em tramitação no Congresso Nacional)
Relação com a administração pública	Não é administração pública	Não é administração pública	Administração indireta
Personalidade jurídica	Direito privado	Direito privado	Direito privado
Normas de direito público	Não observa	Não observa	Regime administrativo mínimo
Financiamento e fomento	Convênio	Contrato de gestão/termo de parceria	Contrato de autonomia
Autonomia	Orçamentária e financeira	Orçamentária e financeira	Orçamentária e financeira
Supervisão ministerial	Do convênio	Sobre contrato de gestão/termo de parceria	Direta
Controle interno e externo	Dos recursos do convênio	Dos recursos do contrato de gestão	CGU e TCU

Fonte: Ministério do Planejamento; adaptado pelo autor

de 14 de setembro de 2004) explicita que suas atividades abrangem, em instituições federais, “o gerenciamento de projetos de ensino, pesquisa e extensão, e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico”. No caso dos hospitais, os principais beneficiários são as unidades ligadas às universidades federais. Contudo, alguns dos hospitais do Ministério da Saúde e das unidades federadas enquadram-se nestas condições e, atualmente, mantêm fundações de apoio. Não se tem informação, entretanto, sobre quantos hospitais contam com fundações de apoio.

Com o passar dos anos, as fundações de apoio de grandes hospitais federais e estaduais foram diversificando suas funções e acabaram por exercer auxílio não somente às atividades de ensino e pesquisa, mas também à gestão flexível dessas unidades assistenciais, especialmente no campo dos recursos humanos. Por exemplo, em situações que caracterizam patente carência de quadros de pessoal para o funcionamento dos hospitais, as fundações de apoio realizam contratação de celetistas ou temporários para assumir funções assistenciais e administrativas. De sua parte, o Ministério Público tem movido ações por enxergar irregularidade nessa mediação de uma entidade privada nos contratos de força de trabalho com o poder público.

Em conclusão, as fundações de apoio passaram a ser importante instrumento institucional para a flexibilidade da gerência dos hospitais públicos (MACIEL, 2005). Em algumas situações, o grau de interdependência gerencial entre o hospital e sua fundação de apoio é de tal ordem que o funcionamento do hospital torna-se inviável se a fundação se limitar a administrar projetos de pesquisa e ensino.

O conceito doutrinário de administração pública gerencial, em substituição ao modelo burocrático, foi defendido no Plano Diretor da Reforma Administrativa de 1995, adotado parcialmente no primeiro mandato do governo Fernando Henrique. Em reação ao modelo gerencial burocrático habitual, preconizou-se o processo de publicização, por meio da modalidade institucional OS em áreas de serviços diretos aos cidadãos. Uma OS pode ser descrita como uma entidade gestora privada, sem finalidade de lucro, que opera sob controle do poder público mediante um contrato de resultados. As OS foram concebidas primariamente para prestar serviços de educação, saúde e investigação, em que supostamente há concorrência implícita entre os setores privado e público.

Pioneiro da implantação das OS no SUS, o governo do Estado de São Paulo adotou este modelo para fins de gestão terceirizada de mais de uma dezena de hospitais na periferia da região metropolitana de sua capital no final da década de 1990. Por sua vez, em 2006, a cidade de São Paulo foi o primeiro município a qualificar as OS para a operação de unidades hospitalares da sua rede.

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Tabela 7) mostram que, em 2009, havia, no país, 106 unidades assistenciais de OS operando no SUS. Tomando-se o dado do Estado de São Paulo, esse número parece estar subestimado, já que, segundo informações divulgadas pela Secretaria Estadual de Saúde, estavam em funcionamento, nesse ano, nada menos que 35 estabelecimentos de OS, entre hospitais, ambulatórios, centros de referência e laboratórios, portanto, sem contar as unidades de âmbito municipal. Convém salientar que,

Tabela 7 – Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas (UF), outubro de 2009: número de unidades assistenciais vinculadas a OS

Região/UF	Unidades assistenciais de OS
Região Norte	15
Rondônia	1
Acre	1
Pará	13
Região Nordeste	12
Ceará	1
Pernambuco	2
Alagoas	1
Sergipe	3
Bahia	5
Região Sudeste	52
Minas Gerais	19
Espírito Santo	1
Rio de Janeiro	2
São Paulo	30
Região Sul	16
Paraná	7
Santa Catarina	6
Rio Grande do Sul	3
Região Centro-Oeste	11
Mato Grosso do Sul	5
Mato Grosso	2
Goiás	3
Distrito Federal	1
Total	106

Fonte: CNES/DATASUS

frequentemente, uma entidade gestora credenciada como OS administra mais de uma unidade assistencial e, assim, quando se fala em número de OS é preciso ter em conta se o que é referido é o número de entidades mantenedoras ou de unidades assistenciais mantidas.

Em recente lei complementar (nº 1.095, de 18 de setembro de 2009), o governo do Estado de São Paulo estabeleceu que as fundações de apoio aos hospitais de ensino que tenham mais de dez anos de existência poderão ser qualificadas como OS. Esta determinação legal cria um precedente que talvez venha a constituir tendência para o conjunto do SUS, ou seja, a gradual transformação das fundações de apoio em organizações sociais gestoras de hospitais.

Existem poucos estudos comparativos sobre eficiência e efetividade de desempenho entre os hospitais de OS e os hospitais da administração direta. Contudo, Quinhões (2009), em pesquisa que envolveu estudo de caso de três hospitais em regime de OS no Estado de São Paulo, concluiu que esse modelo exibe “desempenho significativamente mais satisfatório em comparação com o grupo de hospitais da administração direta”, em termos de eficiência geral (altas hospi-

talares por leito e atendimentos ambulatoriais por sala) e de produção de serviços por pessoal disponível.

Ao contrário das OS, as FE constituem modalidade institucional integrante da administração pública indireta. Gozam, no entanto, de razoável autonomia na formação e execução do seu orçamento, mas estão obrigadas a cumprir o contrato mantido com o poder público correspondente. Em resumo, as características institucionais mais importantes de uma FE no SUS são:

1. personalidade jurídica adquirida mediante atos constitutivos no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, de acordo com as normas do Código Civil;
2. patrimônio e receitas próprias;
3. autonomia gerencial, orçamentária e financeira;
4. integrante da administração pública indireta, vinculado a órgão ou entidade do SUS;
5. contrato de autonomia⁴ com o órgão público dirigente da esfera em questão, com especificação de metas e indicadores a serem alcançados;
6. exclusividade no atendimento de clientela do SUS;
7. submissão ao sistema de controle interno de cada poder federativo;
8. receitas constituídas pelas rendas obtidas na prestação de serviços e no desenvolvimento de suas atividades (não constam do orçamento do ente federativo correspondente);
9. obrigatoriedade de seleção pública para admissão de recursos humanos, sendo regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem estabilidade, mas com direito à negociação coletiva;
10. obrigatoriedade de obediência a um conjunto simplificado de normas de licitação pública.

Recentemente, o Ministério do Planejamento ensejou a formação de comissão de juristas com a missão de elaborar, como proposta para amplo debate, anteprojeto de lei orgânica da administração direta e indireta (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2009). O modelo de FE está incorporado nessa minuta de anteprojeto, cujas diretrizes poderão culminar com a implantação de um marco renovador do direito administrativo no país, contendo regras mais flexíveis para reger as áreas de prestação direta de serviços aos cidadãos, entre as quais se encontram os hospitais públicos⁵.

De sua parte, as OSCIP constituem nova modalidade institucional que não concorre com a OS e a FE para efeito de prestação de ações e serviços de saúde pelo SUS. Constituem típicas ONGs do Terceiro Setor que não podem administrar bens e recursos humanos originários da esfera da administração pública. Atuando especialmente no âmbito comunitário, as OSCIP podem estabelecer parcerias com o SUS, com vistas a realizar atividades de saúde em sentido

⁴ A denominação contrato de autonomia é sugerida pela comissão de juristas (Ministério do Planejamento, 2009) para distinguir duas funções: 1) a autonomia outorgada no âmbito da administração pública tendo como contrapartida o alcance de metas; 2) a contratação de metas às OSs como entidades privadas.

⁵ Quanto a esta temática, que é de importância crucial para um sistema de proteção social como SUS, deve-se dar razão a Abrucio (2007), quando observa que, definitivamente, a política de gestão institucional (ou seja, a reforma administrativa) não tem sido tema-chave sob o governo Lula. De fato, neste governo foi focalizada, sobretudo, a gestão de recursos humanos, o que levou à prioridade de iniciativas como reestruturação de carreiras, melhorias salariais e realização de concursos públicos com vistas à ampliação dos cargos de carreiras de Estado e à substituição de trabalhadores terceirizados.

complementar, fazer avaliações de desempenho das unidades assistenciais e realizar pesquisas variadas sobre questões de saúde.

De modo geral, as OSCIP não participam da gestão das unidades assistenciais do SUS, a não ser a título colaborativo, em função eventual de assessoria. Há indícios de que foram criadas para administrar pessoal da estratégia de saúde da família, especialmente os agentes comunitários de saúde. Mas na medida em que as equipes de saúde da família estão hierarquicamente subordinadas ao comando das secretarias municipais, fica evidenciado que se trata de terceirização juridicamente espúria, mecanismo que não pode ser reconhecido como uma efetiva parceria entre o Terceiro Setor e o Estado.

As OSCIP são tituladas em avaliação conduzida pelo Ministério da Justiça, e, a partir disso, passam a estar credenciadas para celebrar termos de parceria com o poder executivo da União, dos estados e dos municípios. Verifica-se pela Tabela 8 que há um número surpreendentemente reduzido de OSCIP atuando em temas de saúde – apenas 192 entidades, correspondendo a apenas 3,7% do total.

Quanto aos hospitais de entidades filantrópicas e beneficentes que operam em convênio com o SUS, sabe-se que seu interesse maior é obter o título de utilidade pública, o qual lhes faculta isenções fiscais e previdenciárias. Para efeito de comparação com as OSCIP, a Tabela 9 discrimina as finalidades das entidades às quais foi concedido título de utilidade pública. Vê-se que a finalidade de serviços hospitalares encontra-se bem posicionada, em quarto lugar, correspondendo a 9,1% do total das entidades tituladas.

Os principais opositores às propostas de criação e implantação das novas modalidades institucionais do SUS têm sido as entidades de trabalhadores da saúde e outros grupos organizados que atuam nos conselhos de saúde das três esferas de governo. Mas os próprios gestores mostram-se bastante divididos, sobretudo em relação à proposta das OS. A implantação das OS e das FE nos estados e municípios vem gerando sérios conflitos políticos entre os conselhos de saúde e os gestores do SUS. Contudo, aparentemente, esses conflitos não têm sido suficientes

Tabela 8 – Brasil, 2009: título da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) segundo finalidade da entidade

Finalidade	Número	%
Ambiental	567	10,9
Assistencial	1.422	27,3
Beneficente	170	3,3
Cidadania	192	3,7
Creditícia	272	5,2
Educacional	224	4,3
Saúde	192	3,7
Outros	2.173	41,7
Total	5.212	100

Fonte: Ministério da Justiça

Tabela 9 – Brasil, 2009: título de utilidade pública segundo finalidade da entidade

Finalidade	Número	%
Assistencial	5.112	40,9
Beneficente	2.833	22,7
Educacional	1.361	10,9
Hospitalar	1.141	9,1
Outros	2.053	16,4
Total	12.500	100

Fonte: Ministério da Justiça

para reverter ou obstaculizar o curso desses projetos, e as OS já estão presentes em quase todas as unidades federadas.

Já em 1997, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) desaprovava a implantação das OS no SUS, embora reconhecendo a necessidade de haver maior flexibilidade na gestão das unidades de saúde. E, recentemente, em 2009, não só se pronunciou contrariamente ao projeto de lei federal que autoriza a criação das FE como também liderou uma mobilização nacional dos demais conselhos e entidades sindicais na luta de oposição política a esse projeto. Os argumentos usados pelo CNS contra a adoção dos modelos das OS e as FE estão sumarizados no Quadro 3.

Como se pode verificar pelo Quadro 3, o CNS tem pautado sua posição fortemente reativa ao projeto das FE em argumentos estreitamente vinculados à garantia de relações de trabalho no

Quadro 3 – Argumentos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) contra as propostas de Organizações Sociais e Fundações Estatais

Organizações Sociais – 1997*	Fundações Estatais – 2009**
Não explicita as formas de relação entre os diferentes segmentos da clientela (SUS, convênio, seguros, etc.), podendo colocar em risco os princípios de universalidade, integralidade e equidade.	Ao propor salários de 'acordo com o mercado', aprofundam as diferenças e o comprometimento da qualidade do serviço prestado; a proposta é apenas de valorização de alguns profissionais 'de acordo com os salários de mercado'.
A transferência de patrimônio público estatal para essas organizações, sem garantias de ressarcimento em caso descumprimento de cláusulas contratuais, inépcia, malversação etc., constitui grave precedente.	A contratação via Consolidação das Leis do Trabalho gera instabilidade e falta de comprometimento do profissional.
Há aspectos, principalmente os relativos à gestão de RH, que não atendem às necessidades identificadas pelos gestores, criando situações de difícil administração, tais como a possibilidade de haver na mesma unidade funcionários submetidos a diferentes regimes e com diferente remuneração.	Contribui para o processo de exposição do SUS aos interesses de grupos políticos organizados.

Fonte: CNS / *Resolução N.º 223, de 1997; **Informativo do CNS, 6 de julho de 2009

SUS que dizem respeito à manutenção do Regime Jurídico Único⁶, à estabilidade funcional e à universalização de carreiras para o conjunto dos trabalhadores do SUS. Portanto, as teses contra as FE têm predominantemente o caráter de defesa corporativa. Aqui surge um contraste com as teses de 1997 contra as OS, que se caracterizam pela preocupação com a viabilização da gestão do SUS como um todo.

O que se tornou patente é que o controle social do SUS, pela expressão da maioria de seus representantes, é contrário à implantação dessas novas modalidades institucionais. É importante notar que – por ocasião da XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007 – foi aprovada proposta, a qual, segundo o Relatório Consolidado, recomenda “que o Ministério da Saúde retire do Congresso Nacional o projeto de lei que dá direito a contratar serviços de saúde através de Fundações Estatais” e que seja promovida a articulação de atores sociais “para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde através de OSCIPs e OSs”. Em conjunção com a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a pressão do CNS, exercida ao longo do segundo semestre de 2009, parece ter sido o fator responsável pela retirada do projeto de lei complementar 92-A/2007 da pauta de votação da Câmara Federal. Contudo, visto que inexistem impedimentos constitucionais para tanto, anteriormente já haviam sido aprovados alguns projetos em estados onde as unidades assistenciais das FE já começam a ser implantadas (como Bahia, Sergipe e Rio de Janeiro).

O que essa oposição sistemática dos conselhos de saúde vem a comprovar é que, no tocante às questões da flexibilização da administração pública e das novas formas de parceria com o setor privado, jamais é verificado o mesmo nível de consenso que prevalece em relação à diretiva de descentralização e de cooperação federativa do sistema. Os próprios gestores não têm consenso a este respeito, não tendo ocorrido, até agora, posicionamento comum dos dois órgãos colegiados da área, o CONASS (secretários estaduais) e o CONASEMS (secretários municipais).

Considerações sobre o futuro das novas modalidades assistenciais

Na discussão acerca das novas modalidades institucionais do SUS, podem ser distinguidas três posições políticas que se contrapõem entre si. Em primeiro lugar, encontram-se os defensores do ‘SUS público puro’, que rejeitam a criação tanto das OS quanto das FE. Em segundo lugar, estão os defensores do ‘SUS de gestão pública flexível’, que rejeitam o modelo das OS e defendem o modelo das FE. Finalmente, há o grupo do ‘SUS mais efetivo’, composto pelos que apoiam a ideia da modalidade das OS para a expansão e a melhoria da assistência hospitalar à população, mas que, eventualmente, também defendem a modalidade das FE.

No último tipo, encontram-se os ‘gestores pragmáticos’. Sem se pautarem por explícita posição doutrinária acerca do processo de reforma administrativa do Estado, esses gestores enten-

⁶ Uma das principais vantagens que os gestores da saúde enxergam no modelo de fundação estatal é a adoção do regime celetista, já que implicaria na possibilidade de maior responsabilização dos profissionais de saúde em relação ao desempenho e ao cumprimento de horário de trabalho. Contudo, a suspensão pelo STF do efeito do “caput” do Artigo 39 da Constituição, devido a vício de votação legislativa, tem como consequência que as FEs não possam realizar essa forma de contratação de pessoal até que seja aprovada uma nova redação para este artigo constitucional.

dem ser indispensável a mudança do caráter institucional das unidades assistenciais do SUS, tendo em consideração as fortes restrições fiscais e as dificuldades gerenciais enfrentadas pela administração direta.

Qual a resultante que se pode esperar, nos próximos anos, do confronto que vem ocorrendo constantemente entre os três grupos mencionados? Dois futuros cenários alternativos podem ser considerados. Primeiro: disseminação em paralelo tanto das OS quanto das FE, havendo, contudo, predomínio das OS. Segundo: disseminação das OS com estancamento ou supressão do modelo das FE. Esses cenários são definidos considerando-se duas hipóteses principais:

- a) os 'gestores pragmáticos', a despeito de todas as oposições, detêm capacidade de ditar os rumos da política de gestão no SUS e tendem a escolher o modelo de OS devido a seu alto grau de flexibilidade gerencial;
- b) o modelo das FE não conta com suficiente suporte político por parte do governo federal e esta situação deverá perdurar, independentemente de o projeto de lei federal das FE ser aprovado ou não.

Um raciocínio simplista indicaria que a tendência a reforçar as OS ou as FE depende do partido que vier a ocupar a Presidência da República a partir de 2011. Este raciocínio é simplista por dois motivos. Em primeiro lugar, porque os governos dos estados têm tido bastante autonomia para decidir a favor de uma ou de outra modalidade, e aqui pode ser citado o caso do governo petista da Bahia, que atualmente impulsiona ambas as modalidades. Em segundo lugar, porque é preciso ter em conta que a modalidade das FE até agora não recebeu apoio adequado por parte do governo federal. Esta situação poderá se prolongar num eventual novo governo do PT, dado que a proposta é combatida por vários segmentos do partido.

No que diz respeito a uma dimensão fundamental da flexibilidade gerencial, que é a gestão de recursos humanos, deve ser notado que as FE estão obrigadas a seguir a regra de contratação individual de profissionais de saúde, de acordo com as regras do regime celetista. Portanto, em princípio, as FE não podem usar recursos públicos para promover a terceirização de profissionais por meio de entidades médicas. Para os defensores das OS, esta impossibilidade legal é vista como limitante sério, visto que alguns especialistas, tais como os anestesistas, insistem em atuar como autônomos de cooperativas profissionais e se recusam a passar por processos seletivos públicos.

Portanto, os defensores das OS apresentam como trunfo o fato de que essas entidades têm facilidade de contratação terceirizada de entidades civis e, ainda, a contratação *ad hoc* de profissionais qualificados, como faz qualquer entidade privada. De outra parte, mesmo que instituem mecanismos modernos de negociação coletiva do trabalho, as FE não desfrutam da flexibilidade necessária para sair-se bem nas relações com os diversos grupos de especialistas médicos e seus interesses específicos.

O debate sobre o futuro das novas modalidades institucionais de gerência requer reflexão sobre o caráter público do SUS e sobre a garantia dos seus princípios na relação com o setor pri-

vado, algo que usualmente é feito de maneira distorcida. O caráter público do SUS está fundado na direção única do poder público em cada esfera de governo. Enquanto esta instância de poder observar o interesse público e os princípios e diretrizes do SUS na relação com o conjunto dos agentes do sistema – incluindo o setor privado conveniado ou contratado –, o caráter público do sistema estará salvaguardado.

Os princípios e diretrizes do SUS aplicáveis tanto aos serviços públicos quanto aos conveniados e contratados estão detalhados no art. 7º da lei orgânica 8.080, de 19 de setembro de 1990. Portanto, o caráter público do SUS se refere ao *modus operandi* do sistema como um todo, pressupondo o exercício adequado da autoridade da direção única na esfera competente. Portanto, a ‘pureza pública’ do sistema não depende do fato de as unidades assistenciais pertencerem à administração pública direta ou indireta.

É preciso reconhecer que muitas das unidades assistenciais da administração direta somente conseguem obter algum grau de efetividade na medida em que lançam mão da ‘flexibilização informal’ de sua gestão. É o caso, por exemplo, da terceirização de profissionais de saúde e da complementação da remuneração, feita por meio de fundações de apoio e outras entidades civis. A expressão ‘mecanismos informais de flexibilização informal’ significa, neste contexto, que as normas vigentes de direito administrativo simplesmente não estão sendo obedecidas. Ao empregar esses mecanismos, que escapam às diretivas do direito público, os gerentes, para todos os efeitos, estão introduzindo a lógica privada dentro das unidades públicas do SUS. O uso das fundações de apoio para tornar mais ágil e efetiva a gestão do hospital constitui apenas uma opção entre os inumeráveis mecanismos disponíveis de ‘privatização por dentro’. Em realidade, a efetividade das unidades assistenciais, incluindo os hospitais universitários, é bastante dependente da dimensão privada internalizada. Os que defendem a proposta de um ‘SUS público puro’ ignoram essa realidade ou a consideram como um desvio, que deve ser corrigido pela interferência do Ministério Público e outros mecanismos de controle da administração do Estado.

O que o modelo de FE traz de muito importante é o fato de que sua flexibilidade tem suporte legal. Mas quando se tem em conta a condição generalizada da privatização por dentro das unidades assistenciais do SUS, conclui-se que, infelizmente, a proposta de FE chega tarde e muito lentamente. Pior ainda, a proposta tem-se mostrado desprovida de força política para ser validada mediante claro apoio do governo federal.

Quanto ao modelo de OS, o que se espera é que a direção única do SUS em cada estado ou município saiba fazer valer os princípios e diretrizes consagrados na lei orgânica, de modo a garantir o caráter público do sistema. Convém ressaltar dois pontos a esse respeito. Primeiramente, o poder público não deveria admitir o pagamento às OS de serviços prestados a usuários de planos de saúde, como chegou a ser proposto na versão da lei complementar nº 1.095, aprovada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo e vetada posteriormente pelo governador. As OS, como entidades privadas reconhecidas e incentivadas pelo Estado, gozam da prerrogativa da cessão de instalações, equipamentos e pessoal pelo setor público, condição

que só se justifica sob o pressuposto de que esse privilégio contribui para conferir assistência de qualidade aos usuários do SUS. O financiamento ‘complementar’ pelos planos de saúde seria contrário à razão de ser dessa prerrogativa. Por outro lado, o duplo financiamento, com abertura das portas das OS aos portadores de planos de saúde, levaria fatalmente a criar discriminações assistenciais favoráveis a esses usuários, contrariando o inciso IV do art. 7º da lei orgânica 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece a diretriz de “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

De outra parte, cumpre ter em mente que todas as OS operam sob contrato de gestão, podendo essa relação ser desfeita a qualquer momento, tendo por justificativa o fato de que não estão sendo alcançados ou obedecidos os objetivos e os critérios adotados pela direção única do SUS. Neste sentido, nada impede que o hospital administrado por OS seja reconduzido à administração direta ou indireta, conforme o que identifique o gestor em seu planejamento assistencial estratégico.

Finalmente, cabe uma advertência sobre a questão da expertise gerencial. Aprender a ser gerente das novas modalidades das unidades assistenciais do SUS não pode ser algo que se realiza apenas na prática, sendo que uns dão certo na função e outros não. Por isso, os que dirigem as OS e as FE deveriam ter capacitação específica e continuada. A formação de gerentes das novas modalidades assistenciais a serviço do SUS deve ser contemplada mediante plano estratégico de educação gerencial permanente, cabendo aos contratos com tais entidades incluir cláusula a esse respeito.

Referências

ABRUCIO, F.L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Revista de Administração Pública*, v. 47, número especial, p. 67-86, 2007.

_____. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia Política*, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.

ARRETICHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação e Sociologia*, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002.

BJÖRKMAN, J.W. Política social, governança e capacidade: reformas e restrições do setor público. *Revista do Serviço Público*, v. 56, n. 3, p. 277-294, jul./set. 2005.

MACIEL, B.C. Gestão em parceria entre uma fundação de apoio e um hospital público universitário: análise custo-efetividade. *Revista de Administração da USP*, v. 40, n. 4, p. 342-352, out./dez. 2005.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. Comissão de Juristas. *Proposta de organização da Administração Pública e das relações com entes de colaboração. Resultado final*. Brasília: Ministério do Planejamento, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02: portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NASSIF, L. *As dificuldades do modelo federativo*. 2009. Disponível em: <http://colunistas.ig.com.br/luisnassif/2009/04/27/as-dificuldades-do-modelo-federativo>. Acesso em: 15 jan. 2009.

NEVES, L.A.; RIBEIRO, J.M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, out., 2006.

QUINHÕES, T. A. T. *O Modelo de Governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a Qualidade do Gasto Público Hospitalar Corrente*. 2009. Disponível em: http://www.tesouro.gov.br/Premio_TN/XIVPremio/qualidade/1qualidadeXIVPTN/Monografia_Tema4_Trajanos_Augustus.pdf. Acesso em: 14 jul. 2010.

RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 22, dez. 2000.

RIPSA (Rede interagencial de informações para a saúde). *Informe de situação e tendências: demografia e saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

SANTOS, N.R. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, v. 43, n. 2, p. 347-369, mar./abr. 2009.

SILVA, S.F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan./abr. 2009.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

WHO (World Health Organization). *World health statistics, 2009*. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD BANK. *Report No. 36601-BR. Governance in Brazil's Unified Health System (SUS). Raising the quality of public spending and resource management*. 2007. Disponível em: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSPIB/2007/03/06/000090341_20070306085417/Rendered/PDF/366010BR.pdf. Acesso em: 14 jul. 2010.

Avaliação do atual modelo da gestão pública do SUS quanto ao financiamento público na saúde

Gilson Carvalho

A demanda de se estudar e discutir o atual modelo de gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é muito oportuna. Essa avaliação é essencial para que sejam valorizados os acertos e identificados os erros para sua devida correção.

São muitos os acertos e avanços pouco valorizados pelo destaque que universalmente se dá aos erros e descaminhos.

A proposta deste artigo é analisar os princípios legais da gestão do financiamento da saúde no Brasil e os números históricos e atuais do financiamento. A conclusão a que chego, baseando-me em inúmeros escritos meus, é que os princípios legais em relação ao financiamento SUS não vêm sendo cumpridos. Esse é o grande nó da gestão do financiamento com suas duas vertentes conhecidas: a insuficiência de recursos e a ineficiência de seus gastos.

Os recursos hoje destinados à saúde são insuficientes para a tarefa de se executar um sistema universal de saúde. A comprovação dessa verdade será apresentada comparando-se o gasto *per capita* com Saúde Pública no Brasil e ao de outros países do mundo, em moeda pareada segundo o poder de compra.

Financiamento de que saúde? De que modelo de fazer saúde?

A primeira pergunta a se fazer, nem sempre feita e muito menos respondida, é sobre o objeto de uso do dinheiro. É necessário ter clareza sobre de que saúde estamos falando e que modelo de saúde queremos?

De que saúde estamos falando? É interessante que no bloco de constitucionalidade não há formalmente uma definição de saúde. A definição vem em parte no corpo do texto e de forma indireta.

Da definição indireta estão na Constituição Federal (CF) alguns conceitos: saúde é direito do cidadão e dever do estado (BRASIL, 1988, artigo 196). Formalmente a CF fala de saúde que tem seu condicionante na garantia de políticas econômicas e sociais, para diminuir o risco de doenças e agravos, e ações para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Se tomarmos a lei n.º 8.080/1990, encontramos em seu artigo 3º, parágrafo único, ainda que indiretamente, a definição de saúde que se aproxima do conceito clássico da Organização Mundial da Saúde (OMS):

Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990b).

Digo que a definição acima é indireta, pois se as ações de saúde devem garantir condições de bem-estar físico, mental e social, ela é a que melhor se encaixa ao conceito de saúde.

Há muito, entretanto, tenho trabalhado com pessoas da comunidade e com técnicos da saúde um conceito simplório denominado ‘definição do desejo’, uma vez que é comum, ao conversar com essas pessoas, ouvirem-nas dizerem que saúde é viver bastante (não morrer cedo) e viver bem. Fechei esse conceito na definição de que ‘saúde é viver mais e melhor’. É o que todos queremos. Conseqüentemente, a missão dos serviços de saúde, dos gestores e dos profissionais deveria ser a execução de ações que ajudassem as pessoas a viverem mais e melhor. Ajudar as pessoas a só morrerem bem velhinhas, de preferência sem ficarem doentes, e se ficarem que saem logo e o que é sempre melhor, sem sequelas.

Só terá sentido gastar dinheiro na saúde para conseguir esse objetivo. E consegui-lo com a melhor relação custo benefício, ou seja, fazê-lo com eficiência.

A segunda pergunta a se fazer é qual o modelo para se conseguir isso? Seria buscar a definição do caminho que vem de uma discussão de várias décadas e cuja resposta surgiu de experiências anteriores e da observação de outros modelos universais de se fazer saúde, sendo finalmente consagrado pela população na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).

A síntese do modelo de fazer saúde está nos artigos 193 a 200 da CF e nas leis n.º 8.080, 8.142 e 8.689. Tais definições podem ser assim resumidas:

- fundamento: Saúde direito de todos. Saúde dever do Estado;
- corresponsabilidade: O dever do Estado não exclui o dever dos indivíduos, das pessoas, das empresas e da sociedade;
- condicionantes e determinantes: Saúde condicionada e determinada pelo ‘econômico e social’: “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços es-

senciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 1990b, artigo 3);

- objetivos:
 - 1) identificar e divulgar condicionantes e determinantes;
 - 2) formular a política econômica e social para diminuir o risco de doenças e outros agravos;
 - 3) assistência por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- funções: regular, fiscalizar, controlar, executar;
- diretrizes e princípios assistenciais: universalidade – igualdade (equidade) – integralidade – intersetorialidade – resolutividade – acesso a informação – autonomia das pessoas – base epidemiológica;
- diretrizes e princípios gerenciais: regionalização – hierarquização – descentralização – gestor único em cada esfera de governo – complementariedade e suplementariedade do privado – financiamento trilateral – participação da comunidade.

Todas as vezes em que se discutir o financiamento da saúde temos de pensar se estamos gastando no conteúdo característico do Sistema Único de Saúde. Fazer SUS é pensar saúde na visão da promoção (trabalhar as causas), proteção (trabalhar os riscos) e recuperação (trabalhar os agravos). Podemos estar gastando muito ou pouco dinheiro em objetivos outros que não aqueles da obrigação constitucional e legal.

O bloco de constitucionalidade em relação ao financiamento da saúde

Organizo este capítulo colocando todos os princípios fundamentais ao financiamento da saúde que deveriam e só poderiam ser sumariamente cumpridos pelos gestores únicos de saúde. O primeiro paradigma de avaliação da gestão financeira do SUS seria o da ‘legalidade’, preceito obrigatório do gestor público. Só podemos avaliar a gestão financeira do SUS tendo como base a obrigatoriedade dos seguintes mandados legais:

- garantir o financiamento da saúde de todos os brasileiros, em cada esfera de governo. (CF, artigo 30, inciso VII; CF artigo 194; CF artigo 195; CF, artigo 198; lei n.º 8.142;
- utilizar as fontes constitucionais destinadas à saúde – dentro dos percentuais de crescimento previstos na Emenda Constitucional n.º 29 e na CF, artigo 195;

repassar os recursos financeiros para Estados e Municípios no montante das ações transferidas, as quais deixam de ser competências federais (lei n.º 8.689, artigo 4º, parágrafos 1º, 2º, 3º, 4º; e artigo 14);

- repassar os recursos financeiros para Estados e Municípios para a cobertura de ações e serviços de saúde, sendo pelo menos 70% destinados aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados (lei n.º 8.142, artigo 3º, parágrafo 2º);
- repassar os recursos para Estados e Municípios de acordo com os critérios determinados na lei n.º 8.080, artigo 35 (50% por quociente populacional e os outros 50% por

perfil epidemiológico, demográfico, rede (qualidade-quantidade), desempenho técnico, econômico, financeiro ano anterior, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão plano investimento; ressarcimento de serviços prestados a outras esferas de governo; complementada pela lei n.º 8.142 (enquanto não se regulam esses critérios 100% por quociente populacional). Desde 1991, o Ministério da Saúde (MS) tem obrigação legal de passar 100% dos recursos por quociente populacional, de acordo com as leis n.º 8.080, artigo 35; 8.142, artigo 3º, 1; 8.689, artigo 4º. (Ilegalmente o MS faz as transferências utilizando-se de mais de uma centena de critérios de repasses ilegais, ainda que desde 2006 agrupados em cinco blocos de financiamento: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica, gestão e um bloco específico para investimentos, recentemente acrescentado.);

- repassar, no mínimo, 15% do orçamento federal aos Municípios por critério populacional para a atenção básica, como prescreve a CF em seu Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, em seu parágrafo 2º (CF-ADCT 77);
- utilizar critérios legais para o repasse de recursos aos Municípios – cada estado pode ter isso definido em sua constituição estadual ou em lei orgânica de saúde – por exemplo, a legislação de São Paulo: CE-SP, 222; CS-LC-SP n.º 791, artigos 42 e 54;
- transferir automaticamente parte da receita arrecada pelas autoridades econômicas federais ao Ministério da Saúde, como previsto pela lei n. 8.080, artigo 34;
- passar recursos a Estados e Municípios de forma regular e automática segundo critérios acima expostos e sem acordo de vontade convenial, como prescrevem as leis n.º 8.142, artigo 3º; e n.º 8.689, artigo 4º;
- manter o fundo de saúde, de acordo com a CF e o ADCT n.º 77, parágrafo 3º; lei n.º 8.080, artigo 33; lei n.º 8.142, artigo 4; Decreto Federal n.º 1.232, artigo 2º. A exemplo, a legislação do estado de São Paulo. CS-SP-LC n.º 791, artigo 49, parágrafo 1º;
- administrar todos os recursos do SUS. Nos Estados, os recursos transferidos pela União e os próprios do estado. Nos Municípios, os recursos transferidos pela União, pelo estado e os próprios municipais, conforme prescrevem a CF-ADCT 77,3; a lei n.º 8.080, artigo 33. A título de exemplo, podemos citar o que está previsto para o estado de São Paulo: (buscar a legislação de cada estado). CS-SP-LC n.º 791, artigo 49;
- garantir que a administração do fundo seja feita pelo gestor único de saúde, ministro da saúde ou secretários estaduais e municipais de saúde, como preceitua o artigo 2º da CF e os artigos 15 e 31, parágrafo 1º, da lei n.º 8.080. A título de exemplo, podemos citar o que está previsto para o Estado de São Paulo: (buscar a legislação de cada estado) CE-SP, artigo 218; CS-SP-LC n.º 791, artigo 49, parágrafo 1º;
- ter plano de saúde associado ao Plano Plurianual (PPA), à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e à Lei Orçamentária Anual (LOA), ouvida a sociedade e aprovado no conselho e no Legislativo. artigos 29, inciso X; 165; e 198 da CF; LRF, LC n.º 101, artigos 4º e 5º; lei n.º 8.080, artigos 36,1,2; lei n.º 8.142, artigo 4º; Decreto Federal n.º 1.232, artigo 2º;

- computar como despesas de saúde aquelas previstas pelos artigos 196 e 200 da CF; e 5º e 6º da lei n.º 8.080;
- não usar os recursos de saúde para pagar inativos, saneamento básico, merenda escolar, coleta de lixo, serviços próprios de servidores ou de clientela outra fechada, meio ambiente, assistência social; não computar: inativos, que pertencem à previdência, como assegura o artigo 149, parágrafo 1º; e 194 da CF; condicionantes e determinantes; hospitais universitários públicos, de servidores e militares, de acordo com os artigos 3º; 32, parágrafo 3º; e 45 da lei n.º 8.080;
- alocar recursos do fundo para despesas de custeio e capital, para investimentos previstos em planos de saúde implementados por Estados e Municípios, como prescreve a lei n.º 8.142, artigo 2º (BRASIL, 1990a);
- executar as transferências constitucionais da saúde a Estados e Municípios como uma transferência constitucional que pode ser de livre uso, desde que em saúde, já previsto antes da Emenda Constitucional n.º 29 (lei n.º 8.142, artigo 2º, inciso IV = 100% - *per capita*) e nela confirmado, sempre sob exigência de constar no plano, aprovado pelo conselho e constante das leis orçamentárias do PPA, LDO e da LOA (lei n.º 8.142, artigo 2º, inciso IV);
- manter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida de recursos (EC n.º 29), comissão de plano de carreira, cargos e salários, para receber transferências do MS (lei n.º 8.142, artigo 4º; Decreto Federal n.º 1.232, artigo 2º);
- o preenchimento do sistema de informação do orçamento público em saúde (SIOPS) de acordo com a Portaria 517 do Ministério da Fazenda – Secretaria do Tesouro Nacional (Pt-MF-STN 517);
- relacionar-se, o gestor único de saúde, com os prestadores complementares do SUS por meio de contratos e convênios com valores de base econômica (lei n.º 8.080/1990, artigos 24, 25 e 26);
- dar informação e ouvir o cidadão (Artigos 5º, inciso XXXIII; e 74, parágrafo 2º, da CF);
- garantir que o Conselho de Saúde possa acompanhar e fiscalizar o fundo de saúde. (CF, artigos 10, 194, 195, parágrafo 2º; 198, inciso III; CF-ADCT n.º 77, artigo 3º; lei n.º 8.080, artigo 33; lei n.º 8.142, artigo 1º, parágrafo 2º; Decreto Federal n.º 1.232, artigo 2º; A título de exemplo, podemos citar o que está previsto para o estado de São Paulo: (buscar a legislação de cada estado) – Código de Saúde do Estado de São Paulo-Lei Complementar (CS-SP-LC) n.º 791, artigo 49;
- comunicar a sindicatos, entidades empresariais e partidos políticos a chegada de qualquer recurso para a saúde vindo do Ministério da Saúde até 48 horas após recebimento. (Lei Federal n.º 9.452, artigos 1º, 2º e 3º);
- publicar ou afixar em local de ampla circulação, a cada mês, a listagem de todas as compras realizadas com data, processo, fornecedor, valor unitário e total, de acordo com lei n.º 8.666, artigo 16 (alterada pela lei n.º 8.883);

- prestar contas ao conselho a cada três meses: financeira, serviços produzidos auditorias iniciadas e concluída, tal como assegura a lei 8.689, artigo 12;
- prestar contas em audiência pública na assembleia e nas Câmaras municipais a cada três meses, como assegura a lei n.º 8.689, artigo 12;
- divulgar trimestralmente valor repassado a Estados e Municípios – lei n.º 8.689, artigo 4º;
- prestar contas bimestralmente e deixar abertas as contas anuais por sessenta dias para todo contribuinte poder verificar. (CF, artigo 31, parágrafo 3º);
- reger-se pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. (CF, artigo 37);
- prestar contas aos cidadãos pelos relatórios resumidos de execução orçamentária e de gestão fiscal inclusive pela internet e em audiência pública, a cada quatro meses – Lei de Responsabilidade Fiscal-LC n.º 101, artigo 9º, parágrafo 4º; LC n.º 101, artigos 49, 50, 51, 52, 54.

O Ministério da Saúde e as secretarias municipais e estaduais de saúde que não cumprirem os preceitos constitucionais da saúde incluindo os da EC n.º 29 e os da legislação infraconstitucional leis n.º 8.080, 8.142, 8.689 terão as punições prescritas pela CF, artigos 34, 35, 160; e pela lei n.º 8.080, artigos 35, parágrafo 6º; 37º e 42º.

Para finalizar este capítulo sobre o bloco de constitucionalidade em relação ao financiamento público da saúde, norte para se fazer a gestão financeira do SUS, destaco a questão do uso da epidemiologia no financiamento da saúde.

A ciência epidemiológica é a ferramenta específica para medir se estamos conseguindo nossos objetivos. A epidemiologia é declarada na lei n.º 8.080 (BRASIL, 1990b) como um princípio-diretriz que não se pode olvidar. Todo o SUS deveria ser planejado tendo como base a epidemiologia que é a ciência que estuda o como e o porquê acontecem doenças e outros agravos à saúde. Ela deve fornecer a informação fundamental ao planejamento das ações e conseqüentemente os indicadores tanto do diagnóstico quando dos objetivos finais.

Segundo o bloco de constitucionalidade não se pode gastar nenhum recurso do SUS que não esteja no plano de saúde (lei n.º 8.080, artigo 36, parágrafo 2º). O plano de saúde terá suas diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde em função das características epidemiológicas (lei n.º 8.080, artigo 37). Finalmente, ao transferir recursos para Estados e Municípios, o Ministério da Saúde deverá levar em consideração a combinação entre alguns critérios entre os quais está o perfil epidemiológico da população a ser coberta (lei n.º 8.080, artigo 35).

Gastos públicos e privados com saúde no Brasil em 2008

O financiamento da saúde no Brasil também sofre uma total modificação com o advento do SUS. A cada ano teimo em fazer estudos de estimativa de gasto com saúde público e privado pesquisando dados e fazendo os cálculos de crescimento estimativo. Abaixo, apresento-os lembrando que existe todo um embasamento para cada um desses números cuja justificativa não

caberia aqui. Os números de que dispomos hoje são precários, mas com estudos mais aprofundados e detalhados, talvez possamos obter dados mais próximos da realidade.

Começemos pelos gastos públicos em saúde contidos no Quadro 1. Todos os dados se referem ao ano de 2008 e estão expressos em três variáveis: valor em R\$bi (bilhões de reais), R\$ PC (reais por habitante) e em US\$ PPP/PC (dólares internacionais por habitante).

A União, a única esfera de governo que pode arrecadar recursos para a saúde, é responsável apenas por 47% do financiamento, embora fique com 60% de toda a arrecadação de impostos e contribuições. Estados entram com 26% tendo ficado com 24% de toda a arrecadação pública. Municípios entram com 27% dos gastos com saúde tendo ficado com apenas 16% de toda a arrecadação. O gasto público com saúde representa apenas 3,59% do PIB em 2008.

Vale destacar a responsabilidade que vem sendo assumida pelos municípios no financiamento da saúde; os quais, em 1980, eram responsáveis por apenas 7% do financiamento da saúde e atualmente, 28 anos depois, são responsáveis por 27% do financiamento público de saúde.

Para comparar o gasto público em saúde no Brasil com os países estrangeiros, temos de usar os dados de 2006, pois os de 2008 ainda não estão disponíveis. No Quadro 2, comparamos o Brasil com alguns países em desenvolvimento; nele, vemos que o gasto público *per capita* brasileiro foi de US\$367 PPP e que países como Colômbia, Uruguai e Argentina gastam mais que o Brasil. No *ranking* com países desenvolvidos temos Portugal gastando quase quatro vezes mais que o Brasil e outros países mais desenvolvidos e com sistemas universais de atendimento, com cerca de seis a sete vezes mais que o Brasil.

Considerando que a população brasileira de 2008 foi estimada em 189,6 milhões, podemos dizer que os R\$ 215,7 bilhões de gastos público-privados com saúde significaram apenas R\$ 1.135 por brasileiro/ano.

Se quisermos fazer comparações mundiais em US\$, teremos o fator de conversão do dólar pelo câmbio em 3 de julho de 2008 de R\$1,81, chegando ao valor de US\$ 627,07.

Quadro 1 – Estimativa de gasto público em saúde – Brasil – 2008

Esfera do governo	R\$ bilhões	R\$ PC	US\$ PPP/PC
Federal 47% (1,7% PIB)	48,7	257	176
Estadual 26% (0,93% PIB)	26,8	141	97
Municipal 27% (0,96% PIB)	27,8	147	101
Total de público 100% (3,59% do PIB)	103,3	545	374

Fonte: MS-SPO – MS – SIOPS – Estudos GC – PIB PPP=Banco Mundial (1,46)

Quadro 2 – Estimativa do gasto público *per capita* Saúde Brasil comparada a outros países – 2006

Países em desenvolvimento	<i>Per capita</i> US\$PPP	Países desenvolvidos	<i>Per capita</i> US\$PPP
Paraguai	131	Portugal	1.494
México	327	Inglaterra	2.434
Brasil	367	Canadá	2.585
Chile	367	França	2.833
Uruguai	430	Dinamarca	2.812
Colômbia	534	EUA	3.074
Argentina	758	Noruega	3.780

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS) – Anuário: dados outros países – Estudos GC.

Esse é o gasto por habitante/ano em dólar do câmbio. Existe a cotação em dólar internacional ou PPP (Paridade do Poder de Compra) R\$ 1,46 e poderíamos estimar em US PPP em cerca de US\$ 778 PPP o gasto por brasileiro com saúde em 2008. Para comparação estima-se que os Estados Unidos tenham gasto, em 2008, US\$ 8 mil *per capita* com saúde.

Esse dinheiro continua insuficiente e muito aquém do que imaginavam e votaram, a priori, os constituintes. O SUS avançou no financiamento da universalidade e integralidade sem, contudo, atingir os limites do possível. Faltam recursos destinados à saúde, e hoje o subfinanciamento, principalmente por parte do governo federal, é um dos apertados gargalos do sistema.

Temos um indicador interessante para estabelecer o valor de gasto público habitante/dia. Esse indicador foi criado por dois médicos paulistas, ex-deputados federais, militantes da Reforma Sanitária: Eduardo Jorge e Roberto Gouveia. Daí a denominação de Índice EJ & RG.

Se fizermos um cálculo tomando o montante de recursos públicos de 2008 e dividi-lo pela população do ano e pelos 365 dias, teremos o irrisório valor de R\$1,49 como gasto público cidadão/dia.

Podemos fazer outro exercício para identificar, com um pouco mais de requinte, o gasto com saúde no Brasil. Denomino esse resultado de ‘virada público-privado’. Neste estudo são levados em consideração os recursos da renúncia fiscal do Governo Federal. Não é possível fazer o estudo completo do gasto público-privado agregando valores da renúncia fiscal dos Estados e dos Municípios. O estudo seria por demais extenso, pois os municípios deveriam ser estudados um a um (5.564) para se saber exatamente quanto estes entes deixam de recolher de impostos municipais devidos, relacionados à função saúde.

Se tomarmos as estimativas de renúncia fiscal de 2008 teremos o demonstrado no Quadro 3. A estimativa conservadora da renúncia fiscal federal para 2008, relativa à saúde, foi de R\$ 8,7 bilhões, sendo R\$ 4,7 bilhões deles só a renúncia relativa ao Imposto de Renda de Pessoas Físicas e Jurídicas. Além dessa de maior valor existe a renúncia das entidades sem fins lucrativos que vai desde a renúncia da contribuição previdenciária patronal do total dos trabalhadores dessas

entidades a outros mais, além da renúncia dada a determinados medicamentos, o que representou em 2008 R\$ 2,2 bilhões.

Vamos aprofundar nossos estudos do gasto público-privado, levando em consideração esses valores da renúncia fiscal. O gasto privado foi de R\$ 112,4 bilhões do qual se tem que subtrair o valor da renúncia fiscal relativa ao imposto de renda das pessoas físicas (R\$ 2,6 bilhões) e das pessoas jurídicas (R\$ 2,1 bilhões) num total de R\$ 4,7 bilhões. Ao subtrair esses valores, o gasto privado – que estava maior que o público – passa ao valor de R\$ 107,7 bilhões.

Vamos ao gasto público que, no Quadro 4, estava em R\$ 103,3 bilhões. Podemos acrescentar a ele os R\$ 4,7 bilhões da renúncia fiscal federal do imposto de renda relativo à saúde e teremos ao final o gasto público de R\$ 108 bilhões (R\$ 103,3 bilhões + R\$ 4,7 bilhões). Não fica por aí a mudança do valor do público que tem dois outros tipos de renúncia fiscal que não se contabilizaram antes. Trata-se da renúncia fiscal das filantrópicas e da fabricação de determinados medicamentos. Esses valores somados resultam em mais R\$ 4 bilhões de dinheiro público de saúde não contabilizado antes. O dinheiro público chega assim aos R\$ 112 bilhões (103,3 + 4,7 + 4).

Se tomarmos esses números finais, há uma alternância da responsabilidade público-privada do financiamento da saúde. O privado no líquido fica com o gasto de R\$ 107,7 bilhões o que representa 49%. O público fica com R\$ 112 bilhões que representa 51% de um total, agora de R\$ 219,7 bilhões.

Raciocinando no valor *per capita* de uma população de 189 milhões para 2008, vamos achar o valor *per capita* público de R\$ 591 e o privado dos planos, exclusivamente sobre os 40,9 milhões de beneficiários teremos R\$ 1.365 por beneficiário.

Se somados público e privado podemos fazer um cálculo de um valor irreal e imaginário de R\$219 bilhões, por 189 mi de habitantes o valor *per capita* de R\$ 1.159.

Quadro 3 – Estimativa de renúncia fiscal - União - 2007-2008

Ano	2007	2008
Benefício tributário	R\$ bi	R\$ bi
IRPF – Despesas médicas	2,3	2,6
IRPJ – Assistência a empregados: médica, odonto, farmacêutica	1,9	2,1
Entidades sem fins lucrativos – assistência social	1,6	1,8
Indústria farmacêutica (medicamentos)	2	2,2
Total benefício tributário por saúde	7,8	8,7

Fonte: RFB – MF – Estudos GC;

Os dados de 2007 são da RFB – MF e os de 2008 foram estimados a partir da aplicação do % de crescimento de 11,25%.

Quadro 4 – Estimativa do gasto saúde Brasil – 2008 – R\$ bilhões

Público 48%	Federal 47% (1,7% PIB)	48,7
3,6% do PIB	Estadual 26% (0,93% PIB)	26,8
	Municipal 27% (0,96% PIB)	27,8
	Total de público 100%	103,3
Privado 52%	Planos seguros 51%	56,9
(Tem \$ público de renúncia fiscal)	Desembolso direto 21%	24,1
3,9% DO PIB	Medicamentos 28%	31,4
	Total privado 100%	112,4
Público-privado	Total Brasil	215,7
7,5% do PIB		

Fonte: MS – SPO – MS – SIOPS – ANS – IBGE – POF – Estudos GC.
Estimada renúncia fiscal R\$ 8,7 Bilhões.

Para se tentar uma comparação simples com gastos de outros países com saúde temos que transformar esses reais em dólares, não do câmbio, mas sim em dólares comparáveis internacionalmente denominados de dólar pela paridade do poder de compra ou dólares internacionais.

Se analisado assim, podemos dizer que no Brasil o gasto público com saúde em 2008 foi de US\$ 405 e o privado US\$ 935.

Gasto federal com saúde em 2008

Fala-se sempre do baixo investimento financeiro da União para com a saúde. Hoje, no pós-constitucional, o débito social com a saúde é tão grande que os vetores de crescimento desse gasto têm que levar em consideração: o aumento populacional, a demanda maior por serviços, própria da área de saúde, o pagamento do débito social de grande parcela da população que nunca teve acesso à saúde. Há um passivo de doenças e agravos que demandam mais recursos e que muitas vezes ocasionam poucos anos de vida a essas pessoas para que possam viver sem sofrimentos acumulados de vários anos.

O Quadro 5 mostra a confirmação desses dados. Infelizmente a constatação a que se chega é extremamente preocupante por apresentar o contrário ao aumento de recursos. O ano em que o Governo Federal gastou mais em saúde *per capita* com seus habitantes foi exatamente o de 1999, que é exatamente aquele anterior às definições de quantitativos da EC n.º 29. Não se fale aqui da responsabilidade que recaiu sobre os municípios. Outro dado importante para avaliar o financiamento da saúde em 2008 é o gasto federal *per capita* por unidade federada, o qual mostra nitidamente a disparidade da presença de recursos federais em cada esfera de governo. O Quadro 6 faz três demonstrações: quanto era esse valor *per capita* por estado brasileiro e região em 1997; quanto foi em 2008 e finalmente a diferença de crescimento nesse período. Em 2008 o

Quadro 5 – Gastos *per capita* em valores corrigidos – Ministério da Saúde – de 1995 a 2008

Ano	Gasto corrigido R\$ bilhões	População Estimada IBGE	Valor por habitante/ano
1995	43,1	158.874.963	271,25
1996	38,83	161.323.169	240,72
1997	44,77	163.779.827	273,34
1998	42,14	166.252.088	253,45
1999	46,98	168.753.552	278,42
2000	44,78	171.279.882	261,42
2001	45,17	173.821.934	259,88
2002	45,52	176.391.015	258,04
2003	38,87	178.985.306	217,16
2004	42,84	181.162.954	236,48
2005	47,18	183.563.428	257
2006	49,34	185.509.753	265,98
2007	51,83	187.547.166	276,38
2008	50,14	189.497.889	264,59

Fonte: MS – SPO – corrigido IGPM dez. 2008 Estudos GC.

Estado brasileiro com menor *per capita* foi o do Pará (desconsiderando-se o DF que recebe mais recursos federais). Uma notícia boa desse quadro é mostrar que nesses anos já está havendo uma modificação na distribuição de recursos federais para os Estados mostrando, por exemplo, que no período 1997 a 2008 a região que apresentou maior crescimento no PC corrigido a dezembro de 2008 foi a região Norte, seguida da Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste.

Gastos estaduais com saúde em 2007–2008

Os Estados brasileiros têm uma história de baixo investimento em saúde. Com o advento das Ações Integradas de Saúde em 1983 e depois do SUDS em 1987, acabaram sendo eles os intermediadores da descentralização dos recursos federais da previdência para os municípios. Isso os levou a diminuir seus gastos com saúde e depois crescerem proporcionalmente menos. É conhecido o fato de que em 1988 os Estados brasileiros não só não aplicaram em saúde os recursos das transferências federais, como também usaram-nos em outras áreas.

A grande luta foi para os Estados gastarem com saúde o mínimo constitucional prescrito na EC n.º 29, o que não aconteceu. Os dados mostram que os Estados no ano de 2007 (último ano em que foram oficialmente divulgados) não aplicaram o total da verba destinada à Saúde. O mínimo devido em 2007, representando 12% da arrecadação de impostos realizada pelos Estados, deveria ter sido de R\$ 24,7 bilhões. No Quadro 7 estão os dados de três fontes sobre o percentual de gas-

Quadro 6 – Recursos federais distribuídos por Estados em PC/ano dados de 1997 corrigidos (IGPM dez. 2008) e de 2008 e o crescimento percentual em reais

UF	PC 1997	PC 2008	>%
BR	134	185	38
NO	80	169	111
RO	100	175	75
AC	63	204	224
AM	69	168	145
RR	83	193	133
PA	80	154	92
AP	57	187	227
TO	94	214	127
NE	112	187	68
MA	114	184	61
PI	126	206	64
CE	123	186	51
RN	123	199	62
PB	117	204	74
PE	132	183	39
AL	106	187	77
SE	97	205	111
BA	89	177	100
SE	154	184	19
MG	154	179	16
ES	100	175	75
RJ	146	174	19
SP	160	191	19
SUL	152	197	30
PR	160	193	21
SC	132	203	54
RS	154	197	28
CO	123	176	43
MS	137	211	54
MT	123	189	54
GO	114	170	49
DF	129	145	13

Fonte: DATASUS – MS – Estudos GC.

Quadro 7 – Percentual de gastos Estaduais próprios com saúde – 2007

Estados	Balço geral dos estados (BGE) (%)	Siops declarado (%)	Siops analisado (%)
RO	12,48	12,00	11,90
AC	14,00	13,82	13,27
AM	...	22,17	23,80
RR	13,54	13,64	14,46
PA	12,02	12,61	12,57
AP	...	13,74	15,87
TO	14,91	14,74	15,12
MA	11,47	11,77	8,89
PI	14,10	13,71	7,77
CE	...	12,14	7,87
RN	...	17,53	18,65
PB	...	12,72	7,41
PE	14,25	12,80	10,54
AL	12,00	12,00	10,56
SE	12,01	12,44	12,02
BA	12,71	12,63	12,07
MG	13,31	13,30	7,09
ES	12,24	9,88	9,99
RJ	12,56	10,92	10,77
SP	12,24	13,07	12,08
PR	12,22	9,22	9,81
SC	14,34	13,35	11,28
RS	13,42	5,80	3,75
MS	13,42	13,46	9,44
MT	12,80	11,90	10,77
GO	12,02	12,30	8,09
DF	20,70	20,25	19,64
Total	13,14	12,58	10,86

Fonte: Siops-MS.

to com saúde no ano de 2007. Uma das fontes é o Balanço Geral do Estado (BGE), preenchido e enviado pelas Secretarias Estaduais da Fazenda. No BGE, declararam que o gasto com saúde teria sido de R\$ 24,6 bilhões, o que representa 13,14% de suas receitas. Já a declaração feita pela Secretaria da Saúde, por meio do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS), foi de um gasto de R\$ 25,9 bilhões, ou seja, 12,58% de sua receita. Essas diferenças podem ter acontecido por terem trabalhado com receitas estaduais de valores divergentes. Os dados remetidos ao SIOPS são analisados detalhadamente por analistas contábeis para que sejam vistas inconsistências. Na análise da equipe técnica do SIOPS foram descobertas despesas indevidamente colocadas como de saúde, como gastos com inativos, assistência médica própria de servidores, hospitais universitários, saneamento básico etc. O balizamento das despesas possíveis ou não é aquilo que vai expresso na CF, LOS e melhor explicadas na Resolução n.º 322 do Conselho Nacional de Saúde que se transformou na Pt.MS/GM 2047. Ao se expurgarem essas despesas indevidas de saúde o valor encontrado foi de R\$ 22,6 bilhões, ou seja 10,86%. Nisto se constatou uma perda de cerca de R\$ 3,5 bilhões só no ano de 2007. Apenas 11 Estados cumpriram o mínimo constitucional e 16 Estados não cumpriram seus deveres constitucionais referentes à Saúde.

Os dados de 2008 ainda estão sendo processados pelos técnicos do SIOPS, mas os primeiros números já apontam que grande parte dos Estados ainda não está cumprindo com os mínimos constitucionais. Mais de uma dezena deles continua sem gastar em Saúde o mínimo de 12% de seus recursos próprios o que deveria ter ocorrido desde o ano de 2004 e fracionadamente nos anos de 2000 a 2003.

Gastos municipais com saúde entre 2000 e 2008

O Quadro 8 mostra o percentual médio de gasto próprio com saúde dos Municípios brasileiros numa evolução entre 2000 e 2008. Durante esses anos os Municípios superaram o mínimo estabelecido pela EC n.º 29, já que ela definiu apenas o piso e não o teto.

Quadro 8 – Percentual de gastos próprios com saúde – municípios Brasil de 2000 a 2008

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Porcentagem destinada à saúde – recursos próprios	13,2	14,4	16	17,5	18	18,6	19,7	19,2	19,5
Municípios informantes	5.337	5.510	5.508	5.454	5.405	5.538	5.529	5.495	5.277
Aplicou % EC n.º 29	4.585	3.607	4.243	4.668	4.668	5.355	5.483	5.450	5.239
Não aplicou % EC n.º 29	752	1.903	1.265	786	737	183	46	45	38
Municípios sem dados	168	49	51	105	153	24	33	67	285
Total de municípios no Brasil	5.505	5.559	5.559	5.559	5.558	5.562	5.562	5.562	5.562

Fonte: SIOPS – Declarado pelos municípios sem análise crítica – Estudos GC.

Uma observação importante é que esses dados são aqueles declarados ao SIOPS. Há uma impossibilidade, hoje, de que a equipe técnica do SIOPS faça a análise município a município para verificar a conformidade dos dados. Há possibilidade de que esses valores, após análise crítica, sejam menores. Entretanto, os municípios, em geral não gastam com inativos, pois parece que apenas capitais e grandes municípios têm sistema próprio de aposentadoria, hospitais universitários, sistemas de saneamento etc.

Só no ano de 2007, os Municípios declararam, no geral, terem gasto com saúde cerca de R\$ 6 bilhões a mais que o mínimo devido. No mesmo ano, os Estados deixaram de colocar R\$ 3,5 bilhões ao não atender o mínimo devido.

A regulamentação da EC n.º 29

Iniciamos o ano de 2010 com perspectivas ruins para o financiamento da saúde. O grande impasse é em relação à definição de novos parâmetros do gasto federal com saúde. Isto representa a aprovação da Lei Complementar que regulamenta a EC n.º 29, questão que se arrasta a mais de sete anos.

Desde 2003 tramita na Câmara Federal o PLP 01/2003 do deputado Roberto Gouveia com o intuito de fazer a já prevista regulamentação periódica da EC n.º 29. O projeto inicial do PLP da Câmara era de se alocar 10% da Receita Corrente Bruta da União para a Saúde. Por pressão do Governo foi alterado na undécima hora e assim aprovado na Câmara. Mantendo a mesma fórmula de cálculo baseada na Variação Nominal do PIB e dependente da manutenção da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira. Como a CPMF foi derrubada em votação no Senado em dezembro de 2007, o PLP da Câmara deixou de ser viável.

Desde 2007 tramitava no Senado Federal o Projeto de Lei do do senador Tião Viana (PLS n.º 121) que manteve os mesmos percentuais de recursos próprios de Estados e Municípios e para a União, 10% da Receita Corrente Bruta escalonado em quatro anos (8, 5; 9; 9,5; 10% respectivamente). O Senado não criava uma fonte de recursos, nem tratava da CPMF. Esse projeto do Senado estava em acordo com o original de Roberto Gouveia na Câmara, com a deliberação da XIII Conferência Nacional de Saúde e o apoio de várias entidades e instituições de Saúde. O Projeto do Senado foi aprovado por unanimidade em abril de 2008.

Ambos os projetos são divergentes na questão do financiamento, tanto no montante como na forma de cálculo. Têm, em comum, a redefinição, de forma inequívoca, do que são e o que não são ações de saúde; mais mecanismos de transparência e visibilidade na administração pública de saúde e critérios de transferência federais para Estados e Municípios e de Estados para Municípios. O Projeto da Câmara com mais detalhes e o Projeto do Senado, mais sucinto. O Senado enviou este à Câmara.

Ao receber o Projeto aprovado pelo Senado, a Câmara apresentou um substitutivo global, voltando à proposta de manter a atual forma de cálculo dos recursos (recurso empenhado no ano anterior, aplicada a variação nominal do PIB entre os dois últimos anos anteriores). Resgatou

a CPMF agora como Contribuição Social para a Saúde (CSS) nos moldes da CPMF só que na alíquota de 0,10% e não mais dos 0,38%.

Importante citar um fato ocorrido em 10 de junho de 2009 na última votação do PLP de regulamentação da EC n.º 29, ocorrida na Câmara Federal. Um *lobby* de governadores do Nordeste atacou de súbito e pressionou parlamentares e relator, sob o peso de tirarem seu apoio da regulamentação da EC n.º 29. Exigiam em troca algum benefício e este viria pelo ‘desembarque’ dos recursos do FUNDEB da base de cálculo dos 12% da saúde. Diziam pretender só ‘desembarcar’ da base a diferença entre os recursos que recolhiam ao FUNDEB e aqueles que recebiam de volta. Mas, não ficou assim, pois desoneraram na saída todo o dinheiro do FUNDEB, pouco mais que R\$ 50 bilhões o que gera a perda para a saúde de 12%, ou seja, R\$ 6 bilhões à época e hoje R\$ 6,8 bilhões. Quiseram amenizar o ato falho dizendo que o desvio seria apenas por cinco anos. O mal foi feito e dificilmente se modificará daqui a cinco anos.

Vejamos como ficou a redação inquestionável e imutável hoje na Câmara. Qualquer alteração só por não aprovação no Senado ou veto do presidente Lula.

“PLP 306 - Artigo 6º. Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 e dos recursos de que tratam o artigo 157, a alínea *a* do inciso I e o inciso II do *caput* do artigo 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

§ 1º. Os Estados e o Distrito Federal que, no ano anterior ao da vigência desta Lei Complementar, aplicar percentual inferior ao especificado no *caput*, considerando-se o disposto nos artigos 2º, 3º e 4º, deverão elevar gradualmente o montante aplicado, para que atinjam os percentuais mínimos no exercício financeiro de 2011, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quarto por ano.

§ 2º. Fica excluído da base de cálculo do percentual a ser aplicado pelos Estados e o Distrito Federal, anualmente, nas ações e serviços públicos de saúde, previsto no *caput*, a distribuição de recursos definidos, no âmbito dos Estado e do Distrito Federal, para compor o Fundo de Valorização dos Profissionais da Educação – FUNDEB, na forma prevista no artigo 60, do Ato das Disposições Transitórias, da Constituição Federal: § 3º. O disposto no parágrafo anterior vigorará pelo prazo de cinco exercícios financeiros, contados da data da entrada em vigor desta Lei Complementar.”

Quem estava acompanhando toda essa discussão no âmbito da Câmara ficou perplexo e estarecido. A revolta, entretanto é em vão, pois, nessas horas de votação na Câmara, *lobby* de Governador sobre sua base de deputados é teleguiado que destrói qualquer alvo. Aconteceu, e agora temos que amargar com a derrota e torcer – olhe a contradição – para que seja aprovada a CSS para que a saúde não perca R\$ 6 bilhões, exatamente a saúde que deveria ganhar com a regulamentação da EC n.º 29.

Se olharem com atenção tem no artigo acima uma maldade anterior da qual nem falamos, mas que mais à frente pode ser derrubada por ser inconstitucional. O parágrafo primeiro do Artigo 6º dá novo prazo para os Estados cumprirem os 12% em quatro anos. Fez parte de nego-

ciações anteriores quando da votação no Senado do PLS 121. A EC n.º 29 dera prazo de quatro anos – 2000 a 2004 - para os Estados chegarem a 12% de suas receitas próprias para a saúde. Esse prazo terminou em 2004. Portanto, todos os Estados, descumpridores desse mínimo, a partir de 2000, já estão errados desde o primeiro momento de descumprimento. São merecedores de sanções legais previstas e aplicáveis desde 2000. Agora, parece que o Congresso quer anistia retroativa. Quer estabelecer novos prazos para quem já deveria ter cumprido suas obrigações em relação à saúde. Mais um lobby vencedor dos governadores que mandam e desmandam em suas bancadas, ou apenas as acuam.

Vamos analisar no Quadro 9 as hipóteses de mais recursos para a saúde com a regulamentação da EC n.º 29 diante da situação em que nos encontramos. Usando os dados, teremos as seguintes simulações possíveis de recursos da União para a saúde em 2010:

- valores atualmente alocados: R\$ 62,0 bilhões. Se nada aprovado a saúde fica igual a hoje;
- valores estimados com a aprovação na Câmara do PLP 306 – sem a CSS: R\$ 62,00 que, no total da saúde, terá a subtração de R\$ 6,8 bilhões o que resultará em R\$ 55,2 ou seja menos que o de hoje. Nessa hipótese a saúde perde R\$ 6,8 bilhões;
- valores estimados com a aprovação na Câmara do PLP 306 – com a CSS aprovada e já descontadas as perdas (DRU+FUNDEB) R\$ 66,00. Mesmo que aprovados R\$ 13,5 bilhões da CSS a saúde ganha apenas mais R\$ 4 bilhões;
- valores estimados com a volta ao projeto original do Senado rejeitando-se o da Câmara: R\$ 77,5 bilhões. A saúde ganha R\$ 15,5 bilhões;
- valores estimados com a volta ao projeto original do Senado com manutenção da CSS aprovada na Câmara R\$ 88,3 bilhões. A saúde ganha R\$ 26,3 bilhões.

Quadro 9 – Hipóteses de recursos federais para a saúde 2010

	R\$ Bilhões	Ganha/perde R\$ bilhões
Atual Ploa (calculado sob a regra da variação $NOMI$ PIB)	62	0
Câmara (VNP) sem contribuição social saúde - CSS (Perde: 6,8 bilhões Fundeb)	55,2	-6,8
Câmara (VNP) com CSS (ganha 13,5 bilhões; perde 9,5 bilhões sendo 2,7 bilhões DRU+ 6,8 bilhões Fundeb; ganho final de apenas 4 bilhões)	66	4
Senado original (% receita corrente bruta) (8,5% de 913,3 bilhões = 77,5 – ganha 15,5 bilhões)	77,5	15,5
Senado (% RCB com CSS) (ganha 15,5-RCB + 10,8 CSS (13,5 CCS – 2,7 DRU= 10,8 bilhões)	88,3	26,3

Fonte: MPO, orçamento 2010 – Estudos GC.

Em resumo, existem os dois projetos:

- o do Senado – PLS 121 – que eleva os recursos federais da saúde para R\$ 77,5 bilhões;
- o da Câmara – PLP 308 – que pode sair de lá com uma das duas hipóteses de resultado da última votação: com menor que R\$ 6,8 bilhões para a saúde ou com mais R\$ 4 bilhões (libera R\$ 13,5 bilhões da CSS, mas no líquido só leva R\$ 4 bilhões). A saúde federal ficaria com R\$ 55,2 ou R\$ 66 bilhões.

O passo a passo para 2010, que poderá só acontecer em 2011 ou mais tarde, é o seguinte:

- a Câmara vota o PLP 308 e o envia ao Senado: com ou sem CSS;
- o Senado, ao receber o Projeto aprovado na Câmara, pode assumir as seguintes posições:
 - a) manter o seu projeto de Senado na íntegra o que só pode acontecer se o Senado rejeitar o projeto da Câmara;
 - b) aprovar o projeto da Câmara na íntegra o que significa, automaticamente, rejeitar o original do Senado encaminhado à Câmara;
 - c) aprovar o projeto da Câmara apenas retirando um ou mais de seus artigos desde que mantida a coerência no texto final;
 - d) mesclar os dois projetos artigo a artigo (sem nova redação) desde que mantida a coerência no texto final.

Em qualquer dessas hipóteses podem ser feitas pequenas modificações apenas redacionais, para deixar o texto mais claro, sempre sem prejuízo ou modificação do teor aprovado. Depois, é fazer muita pressão sobre o presidente Lula para que não faça uma ameaça bravateira.

À guisa de conclusão

A saúde pública brasileira, o SUS, cairá em mais uma cilada. Nada diferente de quando, em plena votação da EC n.º 29, já sabíamos que, pelo processo, acabaria num engodo (como foi). A União desresponsabilizou-se pelo financiamento da saúde e ainda onerou mais a Estados (20% a mais) e Municípios (50% a mais). A prática no tempo mostrou exatamente isso. O maior valor *per capita* federal (atualizado monetariamente) para a saúde foi de R\$ 278,00 em 1999, ano anterior à aplicação da EC n.º 29, como demonstrado em quadro anterior.

Ao contrário, se mantida CSS com perda de dois terços, como está hoje na legislação aprovada, tenho certeza de que mais uma vez teremos quem comemore: ‘pelo menos se definiu o que são ações e serviços de saúde e a saúde irá recuperar algum dinheiro a mais, hoje sonogado pelos Estados...’ Comemorar o quê? O fato de não haver nem Departamento nacional de auditoria do SUS (DENASUS), nem ser fiscalizado pela Controladoria-Geral da União (CGU), nem pelo Ministério Público, nem pelo Judiciário, órgãos capazes de fazer o Ministério da Saúde e os Estados e Municípios cumprirem aquilo que já é de clareza meridiana na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (LOS): ‘O que são e o que não são ações e serviços de saúde?’ Comemorar

o óbvio já definido, mas, sofisticadamente negado pelas esferas de governo, principalmente os Estados?

Historicamente, a saúde mais uma vez será usada para mendigar recursos junto à sociedade que acabam por financiar outras áreas. Para a saúde, como sempre, restarão algumas migalhas. Aconteceu assim com a majoração da Contribuição do INSS, com a COFINS, com a CPMF e agora acontecerá com a CSS? Fazendo uma comparação simplória, a saúde pode ser comparada a uma criança de rua alugada para angariar esmolas (recursos) e depois de conseguir recursos é em seguida extorquida do arrecadado, por terceiros, exploradores perenes.

Sairemos desse sufoco de 2000 a 2010...11...12...? A prevalecer a lei de regulamentação da EC n.º 29 hoje na Câmara, mesmo com CSS, sairemos após sua aprovação ‘de pires na mão’ para buscar outras formas de financiamento da saúde. É o perene desfinanciamento da saúde e a cíclica esperança de modificar a legislação em busca de migalhas de recursos.

Existem perguntas que não calam em várias cabeças que buscam com seriedade uma saída viável para o sistema público de saúde do cidadão brasileiro, o SUS. Dentre tantas, citamos as que seguem.

Como explicar esse fenômeno do desfinanciamento da saúde em que há um descumprimento da legislação constitucional e infraconstitucional da saúde e nada acontece?

No Brasil temos lei. Conhecemos a lei, mas não conseguimos fazer que ela seja cumprida. O que falta para que se mude o pensar do Ministério da Saúde aproximando-o do que está prescrito na lei? O mesmo Ministério, em relação aos outros dos quais a saúde depende como Planejamento, Orçamento, Fazenda?

Sequencialmente, podemos nos perguntar de outras faltas: Falta Ministério Público? Falta Judiciário? Falta Legislativo? Faltam Ministros cidadãos? Faltam técnicos cidadãos? Falta cidadania ao conjunto de cidadãos?

Temo que a maior das conclusões seja a necessidade de radicalizar na defesa e apoio de implantação do SUS o que significa sair de um mundo real-ilegal e abraçar o mundo até hoje virtual da legalidade.

Precisamos ter a dimensão correta e ampla do desfinanciamento da saúde que tem dois componentes essenciais: por falta de recursos financeiros e por mau uso ou uso incorreto dos poucos recursos. Nesse segundo componente, que se coloque o gasto indevido com: modelo errado de fazer saúde (o ‘anti-SUS’), ineficiência administrativo-gerencial e perdas vergonhosas pela corrupção. Temos que investir em todas as áreas se quisermos ter mais chance de garantir saúde para todos os cidadãos, cumprindo a legislação.

O que temos a fazer é, lembrando a frase do mestre Paulo Freire, “diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, para que, num dado momento, nossa fala seja igual a nossa prática.” (2003, p. 61). Ou, parafraseando o autor: diminuir a distância entre o que está na lei e o que se faz, para, num dado momento nossa prática seja igual ao preceito legal.

No fundo, precisamos ter ‘a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei’.

Referências

BRASIL *Decreto n.º 1.651 de 28 de setembro de 1995*. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: www.senado.gov.br/legislacao. Acesso em: 31 jan. 2002.

_____. Decreto n.º 1232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo nacional de Saúde, para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. In: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*: Brasília, 31 ago. 1994.

_____. *Lei n.º 8.689 de 27 de julho de 1993*. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS, e dá outras providências. www.senado.gov.br/legislacao. Acesso em: 23 dez. 2009.

_____. *Lei n.º 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, 1990a. Disponível em: www.senado.gov.br/legislacao. Acesso em 23 dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: www.senado.gov.br/legislacao. Acesso em: 23 dez. 2009.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988. Disponível em: www.senado.gov.br/legislacao. Acesso em: 23 dez. 2004.

CARVALHO, G. *Financiamento Federal para a saúde – 1988-2001*. São José dos Campos; 2002. <http://www.idisa.org.br/Uploads/TESEGC.pdf>

CARVALHO, G.I. DE; SANTOS, L. *Comentários à lei orgânica da saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90): sistema único de saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1995.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

Administração pública e a gestão da saúde

Lenir Santos

Sabemos todos que ascensão da saúde como direito fundamental e social é política pública soberba e generosa de bem-estar social, a qual vem sendo implantada aos ‘trancos e barrancos’, que, como direito universal, mantém o ideário constitucional de atendimento de 190 milhões de pessoas.

Contudo, para se implementar esse direito, reconhecido com muitos anos de atraso, faz-se necessário ter um Estado que se harmonize com esse dever, tanto do ponto de vista dos meios e processos de execução (o agir administrativo), quanto da garantia dos recursos financeiros. Por isso, a efetividade do direito à saúde passa obrigatoriamente pela melhoria ‘das condições executivas’ da Administração Pública, as quais não ocorreram a contento até os dias de hoje. Por isso, urge que se dê nova conformação à Administração Pública para conter um sistema que está sobrando por todos os lados, não cabendo nesse formato de gerir a máquina pública.

Além do mais, a crise da gestão da saúde não constitui nenhuma novidade. Nesses 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), e nos anteriores, mesmo quando saúde era apenas um serviço no âmbito da previdência social, ela sempre esteve em pauta. Parece que saúde, gestão pública e crise andam de mãos dadas todo o tempo e sempre nas páginas dos jornais.

Se a crise nunca deixou de existir, por outro lado é inegável dizer que de crise em crise a saúde avançou de maneira notável com a Constituição reconhecendo-a como um direito

público subjetivo, e os 5.564 municípios brasileiros e 27 estados organizando, em rede, os serviços de saúde.

Não podemos, contudo, também deixar de reconhecer que até o presente momento não conseguimos implantar um sistema de saúde para toda a população; prevalece, ainda, um sentimento de que Saúde Pública é um serviço de menor qualidade, para pessoas pobres, devendo as demais comprar um plano de saúde privado, com o incentivo do governo de que os seus custos serão abatidos do imposto de renda.

Essa questão traz nefastas consequências à efetividade do direito à saúde por não ter sido possível criar uma cultura social que inclua entre seus ideários a efetividade desse seu direito, não fazendo parte da crença e valores de cidadania manter um sistema público, universal, equitativo e de qualidade para todos os brasileiros. Não se construiu o conceito de direito à saúde; prevalece o conceito de consumidores de saúde, com a população idealizando ter renda para ter um plano de saúde privado. As políticas públicas que se consagraram são aquelas que se estruturaram como valores e crenças sociais. É importante a visão comum de que determinado bem deve se constituir num direito social.

Os trabalhadores têm sistematicamente colocado em suas pautas de reivindicação a concessão, pelo empregador, de planos de saúde aos trabalhadores. E não nos esqueçamos de que os servidores públicos (Judiciário, Executivo e Legislativo) geralmente mantêm sistemas de saúde públicos próprios.

Difícil, pois, resolver esse intrincado problema ético de os gestores da saúde, membros do Ministério Público, Judiciário e Legislativo, gerirem, decidirem ou legislarem sobre algo que não usam, com o qual não mantêm nenhum sentimento de pertencimento.

A crise da gestão da saúde pode ser discutida sob os mais variados aspectos: administrativo, técnico-assistencial, econômico-financeiro, sentimento de pertencimento social e assim por diante.

Neste trabalho, contudo, vamos tratar apenas dos problemas gerenciais que assolam a saúde nos dias de hoje, ante uma reforma administrativa, associada à conformação jurídica e administrativa inovadora do SUS que não chegou a se realizar e que requer urgentes mudanças para a melhor efetividade desse direito fundamental.

A reforma administrativa, que modernize a Administração Pública com a finalidade de dar concretude às promessas de um estado de garantias das liberdades e da dignidade humana, tem sido discutida desde meados dos anos 1990.

É comum no nosso país serem positivados direitos sem dotar a Administração Pública das necessárias condições para a sua realização – os meios, os processos, a gestão, o pessoal, os recursos financeiros. Sabemos que não basta positivar direitos; isso por si só não garante a sua concretização. A mais comum realidade são direitos frustrados pelo Executivo em vez de direitos efetivados.

As nossas reformas administrativas não se revelaram satisfatórias para garantir as demandas sociais, elas

(...) não maneжaram a revisão de conceitos operacionais da Administração Pública, como o de interesse público, participação social na administração, controles internos e administrativos, etc. acarretando que inovou-se em regras positivadas, mas as práticas e a operacionalidade administrativa do Poder Público tem permanecido a mesma. (LEAL, 2007, p. 1.846).

Neste trabalho delimitamos as áreas que queremos analisar: gestão técnica e jurídico-administrativa, deixando de lado a gestão da clínica, do modelo de atenção e outras especificidades da saúde.

Sob esse ponto de vista, pretendemos analisar a configuração do SUS em relação à Administração Pública e as incompatibilidades geradoras de tensão entre gestores da saúde, comunidade, órgãos de controle interno e externo, Ministério Público, Judiciário e a intensa judicialização que tem prejudicado, sobretudo, a garantia de serviços de saúde ao cidadão, de maneira equânime e integral, no verdadeiro sentido da integralidade da assistência à saúde.

O direito à saúde que o SUS deve garantir e gerir

É de fundamental importância definir as atribuições dos órgãos e entes que compõem o SUS antes de adentrar no aspecto da sua gestão técnica e jurídico-administrativa. Demarcar seu campo de atuação é essencial para fixar as responsabilidades dos entes federativos, que, muitas vezes, se veem obrigados a arcar com deveres que nem sempre estão nas atribuições do sistema público de saúde ante uma má compreensão dos contornos jurídicos do direito à saúde expressos no artigo 196 da Constituição Federal (CF), onerando o seu financiamento e o planejamento da saúde.

Todos sabemos que o direito à saúde no Brasil foi garantido tardiamente – somente em 1988. O que veio tarde, veio em abundância e generosidade, ainda que estejamos falando teoricamente e não em relação à sua operacionalidade e efetividade. A garantia do direito à saúde no nosso país dá-se nos mais amplos termos.

Com a saúde sendo compreendida como a resultante das condições de vida da sociedade, deixou-se de lado a concepção de saúde como biogenética e passou-se para o conceito de que a saúde de uma sociedade é o reflexo das condições econômicas, sociais e culturais daquela nação (artigo 3º da lei n.º 8.080/1990 e artigo 196 da CF), lembrando, ainda, que a Constituição garantiu saúde para todos, sem exceção, diferente de outras constituições europeias, como a italiana, que protege a saúde, mas apenas ‘garante serviços de assistência à saúde’ aos indigentes

A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade, e garante tratamentos gratuitos aos indigentes. Ninguém pode ser obrigado a um determinado tratamento sanitário, salvo disposição de lei. A lei não pode, em hipótese alguma, violar os limites impostos pelo respeito à pessoa humana.

(Itália, 1947, artículo 32).

Poderia ter-se optado por garantir acesso ‘a serviços de saúde’ e não por garantir ‘saúde em seus amplos termos’, mas o nosso país optou pela concepção de que saúde decorre da ‘qualidade de vida’ de uma sociedade e é isso também que a Constituição protege como direito social. A lei n.º 8.080/1990 que regulamentou a Constituição não quis deixar margem para dúvidas e normatizou que

(...) o dever do Estado de garantir saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990).

Se a teoria é, entretanto, a mais generosa possível, a prática é inversamente empobrecida, havendo inúmeros reclamos sociais em saúde, bem como grave desigualdade social que se espalha por todos os lados: desde a pobreza com impacto na saúde até o personalismo e proteção dos amigos – com reflexos perversos nos serviços de Saúde Pública que são acessados mais facilmente pelos apadrinhados.

O direito à saúde do artigo 196 é um conceito difuso, amplo, de difícil mensuração por estar diretamente vinculada aos fatores que determinam (determinantes sociais) as condições (condicionantes sociais) de vida da população.

Em um país de profunda desigualdade econômica, política, filosófica (BARROSO, 2001) – é de uma coragem ímpar garantir um direito que implica ‘qualidade de vida’ (SANTOS, 2010). Direito que só se efetiva se a sociedade melhorar suas condições de vida, se a desigualdade social for extinta ou francamente diminuída, se houver uma política de promoção do desenvolvimento humano e social, com erradicação da pobreza.

O conceito da garantia do direito à saúde, expresso no artigo 196 é exatamente este:

(...) saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Os legisladores constitucionais ressaltaram, contudo, que o sistema de saúde criado pela Constituição, SUS – artigo 198 – para garantir o direito à saúde no tocante ‘ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação’ tem seu campo de atribuição limitado aos serviços elencados no artigo 200 e, infraconstitucionalmente, nos artigos 5º e 6º da lei n.º 8.080/1990.

Desse modo, podemos dizer que a Constituição garante saúde nos ‘mais abrangentes termos’, impondo ao Estado Federal ‘o dever de adotar políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, ao mesmo tempo em que delimita um campo de ação *para o SUS*’, criado para manter uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e

serviços públicos de saúde, a qual deverá manter serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de competência de todos os entes federativos.

Esses contornos estão inseridos no artigo 200 da CF e nos artigos 5º e 6º da lei n.º 8.080/1990, os quais elencam os serviços que competem aos órgãos e entes públicos que compõem o SUS. Esses são os limites dos deveres do Estado no tocante à ‘garantia de serviços de assistência à saúde’. Na realidade, o SUS deve garantir à população os ‘serviços’ que estão expressos nos artigos acima mencionados e em outras leis.

A abrangência do direito à saúde na dicção da primeira parte do artigo 196 é conceito-guia, é matriz, ‘valor que deve conformar as políticas públicas do Estado’ brasileiro que deve operar visando garantir qualidade de vida, que por sua vez corresponde, no campo da saúde, a ‘suprimir ou evitar riscos de agravo à saúde’. A segunda parte do mesmo artigo expressa o dever do Estado na garantia de serviços de assistência à saúde, englobando promoção, prevenção e recuperação, função imposta aos órgãos e entes que compõem o SUS, conforme mencionado acima.

O princípio-guia de que saúde resulta de políticas sociais e econômicas impõe uma série de deveres ao Estado no tocante à integração das políticas públicas por elas serem as responsáveis pela formação de um Estado de desenvolvimento social que diminua as desigualdades e a miséria social, ‘promovendo a saúde no sentido de evitar riscos e agravos coletivos e individuais’.

A dignidade humana – princípio constitucional que valora a pessoa humana por si só, direito intrínseco ao ser humano – impõe ao Estado a satisfação de mínimos sociais (TORRES, 2004), como é o caso da alimentação, renda mínima e outros benefícios compensatórios da desigualdade, que a sociedade brasileira, em sua marcha civilizatória, na busca de cidadania e garantia de direitos sociais, ainda não logrou alcançar a contento.

Lembramos, contudo, que nas ‘ações e serviços de saúde atribuídos ao SUS’ não se pode aplicar esse conceito de garantia de mínimos existenciais por haver um direito expresso no artigo 196 (*in fine*), conformado pelo artigo 200 da CF que delimita o campo de atuação do SUS explicitando quais são os serviços que devem ser prestados ao cidadão de forma universal e igualitária, ou seja, dando contornos jurídicos ao direito à saúde a ser garantido ao cidadão no âmbito do SUS, o qual deve, ainda, garantir, dentro do sistema, a integralidade da assistência à saúde. Por isso não se pode dizer que o direito à saúde deve se satisfazer com mínimos sociais; tampouco pode-se dizer que o SUS deve garantir tudo aquilo que cabe no abrangente conceito de saúde: da qualidade de vida aos serviços de assistência à saúde. Por fim, podemos dizer que o direito à saúde tem duas dimensões: a que abrange as condicionantes e determinantes sociais e a que impõe um dever à Administração Pública no tocante à garantia de acesso às ações e serviços públicos de saúde. A gestão pública da saúde tratada neste trabalho se situa nessa segunda dimensão: a organização de ações e serviços públicos de saúde em um sistema denominado de SUS.

Para cumprir esse papel, a Administração Pública deve dispor dos meios necessários para garantir ao cidadão esse conjunto de ações e serviços de saúde – delimitados pelo artigo 200 da CF e artigos 5º e 6º da lei n.º 8.080/1990, e em outras leis esparsas (como algumas leis que tratam da

saúde mental, sangue, transplante, medicamentos e outras); entretanto, sabemos que esses meios não estão adequados ao modelo do SUS que exige um agir administrativo rápido e eficiente.

A configuração jurídica e político-administrativa do SUS

O SUS nasceu no mundo contemporâneo, na contramão da discussão nos países centrais europeus a respeito do papel do Estado na garantia de direitos sociais, para reduzi-los e não para ampliá-los. Choque de gestão, estado mínimo, estado regulador, estado não prestador de serviços, mas delegatário de serviços públicos exclusivos e regulador do mercado. Um estado que deveria aplicar ‘na gestão publica os princípios da gestão empresarial’ (SCHMIDT, 2007, p. 1.997).

A grave crise econômica de 2008, que somente está sendo contida pela forte presença do capital estatal, trouxe novamente à discussão o papel do Estado. A forte presença do capital do Estado e a sua intervenção na economia, uma vez que dinheiro público e mais dinheiro público foram investidos para salvar capitais e empresas privadas, retomam o tema do papel do Estado.

Até agora ninguém sabe com precisão se o Estado vai sair forte ou não dessa crise. Ainda não houve substancial mudança em seu papel. Houve apenas muito dinheiro investido em empresas para salvá-las, sob pena de os trabalhadores perderem seus empregos e todos sofrerem com as demais consequências da retração do mercado consumidor.

O modelo neoliberal, que já começou a sofrer uma revisão por volta de 1997, retoma, agora, com mais força, em razão da crise econômica. Nesse sentido, a Administração Pública volta a ficar na berlinda, impondo discussões que visem encarar a herança do modelo burocrático que, no Brasil, se juntou ao clientelismo, ao personalismo, ao autoritarismo que sempre permearam a nossa Administração Pública.

O SUS, nascido em 1988, encontrou esse modelo de Estado e de Administração Pública. Como o SUS introduz novos paradigmas na gestão pública, por se tratar de um modelo que exige compartilhamentos dos entes federativos e espaços de gestão por consenso (negociação-consenso), as dificuldades de implementar serviços públicos de saúde são inúmeras. Somente para conter o SUS, a Administração Pública já deveria ser alterada. Ele, o SUS, desborda das pautas administrativas, do modelo atual da gestão pública.

O SUS começa a inovar por ser um sistema nacional – que comporta todos os entes federativos: União, Estados, Municípios e Distrito Federal num único sistema que é descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, mas que deve ser organizado sob o formato de rede regionalizada de saúde e com financiamento compartilhado, administrativa e politicamente descentralizado, no sentido de que a Constituição conferiu aos entes federativos o poder-dever (MELLO, 2001) de cuidar da saúde; de regular, controlar e fiscalizar a saúde pública e privada (SILVA, 2006). Não se trata de um sistema com comando único federal e execução descentralizada por convênio (cooperação), como foi o caso dos Sistemas unificados e descentralizados de saúde (SUDS)¹.

¹ O SUDS foi criado em 1987 pelo Decreto Federal n.º 95.657, de 20 de julho de 1987.

Trata-se de um sistema de saúde de conformação nacional em seus princípios e diretrizes, mas de competência constitucional das três esferas de governo. Estamos a falar de um sistema de saúde que deve ser organizado em rede regionalizada (interfederativa) e hierarquizada (no sentido de complexidade de serviços e não de poder hierárquico), ainda que de competência de entes federativos autônomos entre si. Aqui temos que pensar numa administração consensual, que atua mediante acordos e não pelo poder hierárquico, que nos dias de hoje deve ser substituído pelo conceito de Estado 'rede', centrado nos acordos, consensos, contratos, pactos interfederativos e outras formas de gestão compartilhada.

O fenômeno mundial das redes não pode ser ignorado na Administração Pública, e fundamentalmente no SUS, que é um sistema organizado em rede, conforme dispõe a própria Constituição no artigo 198. Os programas governamentais sociais devem ser executados em redes, sob pena de a integração de serviços não se realizar, e os serviços públicos de saúde somente podem lograr efeitos concretos se forem organizados em rede com todos os seus elementos constitutivos (FLEURY; OVERNEY, 2005). O SUS navega nas águas do Estado em rede, com compartilhamentos, interdependência e consensos. O SUS exige seja a Administração Pública renovada, inovada, revista, repensada para conter um sistema que requer compartilhamentos federativos, consensos e serviços estatais organizados em redes interfederativas de serviços.

Da descentralização 'tutelada' à descentralização compartilhada

Nesse passo, não poderíamos deixar de apontar que uma das diretrizes constitucionais de organização do SUS, a descentralização, não foi realizada nos seus verdadeiros termos.

Como dissemos no capítulo acima, o SUS é um sistema descentralizado política e administrativamente, e não no sentido da simples descentralização de serviços (CARVALHO; SANTOS, 2005) dentro do próprio âmbito de governo (descentralizar serviços da administração direta para a indireta), ou ainda no sentido convencional de transferência de competências de um ente federativo para outro. Aqui estamos falando de descentralização no sentido de repartição de competência (WEICHERT, 2004) e no sentido, ainda, do princípio da subsidiariedade que penetra cada vez mais as administrações públicas (MEDAUAR, 2003), devendo a administração de serviços se deslocar do centro para se aproximar cada vez mais do cidadão usuário dos serviços públicos.

A descentralização das ações e dos serviços de saúde, garantida na Constituição, tem uma história e é importante entender porque se pretendia fossem os serviços de saúde descentralizados. Anteriormente à nova Carta Constitucional, não havia direito à saúde. Os serviços de assistência à saúde aos trabalhadores urbanos e rurais vinculavam-se à Previdência Social. Cabia a um de seus entes, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, a prestação de tais serviços, que eram federais; o INAMPS, por sua vez, espalhava-se por todo o território nacional, com hospitais e postos de assistência médica, sendo que 70% dos serviços prestados aos trabalhadores eram contratados do setor privado. Um sistema de contratos realizados centralizadamente pela esfera federal.

Todo o sistema denominado de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e o de assistência ambulatorial eram controlados por um sistema próprio informatizado, o DATAPREV, o que levava o INAMPS a ter um serviço próprio de auditoria dos serviços contratados de terceiros, fiscalizando-os.

Com a Constituição de 1988, tudo mudou de cara. Direito à saúde; competências repartidas entre os entes federativos; direção única em cada esfera de governo; participação social; financiamento tripartido e outros princípios e diretrizes passaram a reger o novo sistema de saúde, dentre eles, o da descentralização político-administrativa.

Contudo, com a extinção do INAMPS, em 1993, todo o seu arsenal administrativo passou para o Ministério da Saúde. Juntamente com o seu pessoal, bens, equipamentos. Junto com tudo isso veio a cultura do INAMPS da centralização dos serviços na esfera federal; auditoria que fiscalizava os serviços privados contratados. A auditoria que visava ao controle dos contratos e convênios com o setor privado.

Inicialmente, os dirigentes da saúde entenderam que o SUS deveria manter-se sob o formato convencional como se fosse um acordo de vontades que poderia ocorrer ou não, conforme a decisão voluntária do ente federativo. Mas, com a competência constitucional dos estados e municípios para cuidar da saúde², não havia como o Ministério da Saúde adotar a mesma medida que usava o INAMPS ao contratar serviços de terceiros para complementar os seus, tratando estados e municípios como se fossem prestadores de serviços do Ministério da Saúde.

No SUS há uma obrigatoriedade de os municípios e estados, bem como da União, de cuidar da saúde, além de a União ter que transferir recursos por critérios legais para os demais entes federativos, de forma direta e automática (artigos 35 e 36 da lei n.º 8.080/1990). Daí a denominação de repasse ‘fundo a fundo’³ a fim de evitar os convênios de cooperação.

Entretanto, a cultura do INAMPS, a que entendia serem os estados e municípios prestadores de serviços da União, ainda perdura em muitas práticas de repasse de recursos – todos pautados por inúmeras portarias que regulam ‘onde e como’ o dinheiro deve ser aplicado, esquecendo-se do planejamento ascendente, dos planos de saúde e do repasse pelo critério populacional que pela lei deve atingir 50% dos valores transferidos pela União aos Estados e Municípios.

Na prática, a gestão do SUS não conseguiu ser coerente com o seu modelo original que é o da unificação e descentralização das ações e serviços de saúde para entes federativos autônomos. A gestão da saúde, na realidade, tem muito ainda da prática ‘inampiana’.

Por isso, há uma pseudodescentralização, em razão da forte centralização exercida pelo Ministério da Saúde no tocante as atuações dos entes federativos. Esses entes devem organizar seus serviços e executá-los de acordo com milhares de portarias que definem, em minúcia, o gasto com saúde em relação ao dinheiro de origem federal.

² A União deixou de prestar serviços de assistência à saúde direta ao cidadão; esse papel ficou reservado aos municípios e estados.

³ Fundo a fundo: transferência de recursos da União – Fundo Nacional de Saúde – diretamente para os fundos estaduais e municipais, de acordo com o decreto n.º 1.232/1994.

Não estamos aqui criticando o papel do Ministério da Saúde no tocante a dispor sobre diretrizes, bases, normas gerais sobre o modelo de saúde que deve ser único no país, como é o caso da atenção primária que deve ser considerada e imposta como modelo matricial do sistema de saúde brasileiro. Mas uma coisa é disciplinar o modelo assistencial da saúde; outra, é invadir o poder discricionário do administrador, o qual tem permissão para preferir uma metodologia a outra, de acordo com determinada forma de agir no tocante ao alcance das finalidades. As portarias do MS chegam a dizer se o gestor da saúde deve ou não pagar diárias, alimentação, para seus servidores em campanhas de promoção da saúde ou em combate a endemias, dentre outras minúcias próprias do poder discricionário do administrador.

Essa ‘descentralização-centralizada’ tem sido um dos grandes entraves na gestão pública da saúde, uma vez que os órgãos de controle entendem ser ato de ‘corrupção’ dos agentes públicos deixar de aplicar os recursos das transferências federais obrigatórias de acordo com as minúcias das portarias, transformando os gestores da saúde em réus, em ações de improbidade administrativa, com tomada de contas especiais; determinando, ainda, que os gestores da saúde – pessoa física – devolvam aos cofres públicos dinheiro aplicado em ações e serviços de saúde. Essa devolução é uma aberração pelo fato de os recursos terem sido aplicados na saúde, de acordo com o poder discricionário do administrador. Esse problema, contudo, tem sido relatado em inúmeros encontros, debates, oficinas, sem providências para a sua alteração.

Um dos pontos de partida para as mudanças qualitativas na gestão do SUS está exatamente em que o princípio da descentralização seja respeitado, os recursos sejam transferidos por critérios legais – nos termos do que preconizam as leis n.º 8.140 e 8.080/1990 – e os gestores possam gerir seu sistema de acordo com suas realidades locais e regionais, dentro de modelos definidos nacionalmente.

É necessário sair desse formato de gestão por indução de programas e projetos impostos pelo ente federal e estabelecer uma gestão compartilhada, mediante articulação federativa em instâncias colegiadas (comissões intergestores) que devem ter previsão legal (nos moldes do Conselho de Política Fazendária (CONFAZ), criado pela Lei Complementar n.º 24, de 1975, para definir políticas tributárias entes os estados-membros).

A gestão compartilhada da Saúde Pública requer mudanças institucionais na Administração Pública que passa a agir em consenso, negociando e acordando a melhor solução para os serviços que devem se consubstanciar em contratos administrativos.

O contrato entre entes públicos poderá dispor sobre a organização e gestão dos serviços de saúde dos entes federativos que estarão à disposição da população de diversos entes federativos, definindo o financiamento, as obrigações, responsabilidades, a organização da rede etc.

Esse contrato teria a finalidade de organizar as relações entre os entes federativos na realização da Saúde Pública, conferindo consistência jurídica à ação concertada dos entes federados na saúde (SANTOS; ANDRADE, 2009).

Administração Pública e as dificuldades na gestão da saúde

A Administração Pública atual tem como marco regulatório o Decreto-lei n.º 200, de 1967, o qual necessita urgentemente ser revisto para que se possa dotar a administração de uma modernidade compatível com a realidade dos dias de hoje, ante a grande complexidade que o crescente número de serviços públicos vem exigindo da Administração.

Nos anos 1980 se discutiu a implantação do modelo gerencialista na Administração Pública, que consiste em transpassar para o setor público os princípios da gestão empresarial que se funda na lógica do lucro, na lógica econômica. A questão é que a administração pública pouco se modernizou, enquanto o mundo empresarial – dentro de sua lógica de maior eficiência para obtenção de maior lucro – continuou buscando inovar-se frequentemente para manter-se em coerência com o mundo globalizado. A Administração Pública, ao pretender trazer para o público as inovações privadas que visam ao desempenho, ao resultado, à eficiência, eficácia, racionalidade de gastos etc., até poderia ser louvada se atentasse para a sua finalidade que é a efetividade dos direitos garantidos constitucionalmente e não o lucro; entretanto, nem mesmo as inovações necessárias para um melhor desempenho ocorreram. Os padrões administrativos continuam antiquados, tradicionais. Nem se adotaram inovações do setor privado no âmbito público – com as necessárias adaptações diante da ausência de lucro com que o Estado atua – nem se buscaram novas formas de agir administrativo que pudessem melhorar o desempenho e a eficiência da Administração Pública, aumentando-se, por exemplo, o controle social e diminuindo o controle *a posteriori* que deixa a desejar no tocante à melhoria dos serviços públicos.

Além do mais, os modelos jurídicos tradicionais – autarquias e a fundação pública de direito público – não são mais capazes de dar conta de atuar em uma Administração Pública crescente na medida do aumento da população – 190 milhões de cidadãos. Há uma profunda insatisfação do cidadão em relação aos serviços públicos que são insuficientes e sem qualidade e conforme diz Cassese

(...) que o terceiro e mais recente significado da palavra 'crise do estado' refere-se à inadequação dos serviços estatais em relação às expectativas dos cidadãos e da sociedade em geral. (2010, p 13).

Uma das críticas que hoje se tem no SUS é o controle de processos e conciliação orçamentário-financeiro, nem sempre vinculadas à avaliação dos resultados, das metas, dos objetivos a serem alcançados. Esses problemas se agravam dia a dia, criando um embate entre gestores públicos e órgãos e entes de controle que parecem dissociados da realidade dos fatos.

Não se pode perder de vista, ainda, por relevante, que a fraca definição e regulamentação da cooperação dos entes privados sem fins lucrativos com o Poder Público têm ensejado os mais diversos problemas no tocante à terceirização de serviços sociais. As entidades sociais – organização social, organização da sociedade civil de interesse público, fundações privadas de apoio, as entidades filantrópicas, o serviço social autônomo – são entidades que estão mal reguladas, mal

compreendidas e mal utilizadas pela Administração, sem ações governamentais e legislativas concretas no sentido de melhor definir e regular essas parcerias.

Os entes privados de colaboração com o Poder Público precisam de melhor definição de seu papel, suas áreas, seus instrumentos de ajustes que devem superar o modelo do convênio por não ser o mais adequado a regular essas relações, que muitas vezes são de prestação de serviços que precisam ter metas claras, prazos, preços, penalidades, rescisão. Na atualidade, a terceirização é uma realidade que poderá contribuir para a melhoria dos serviços se for ‘complementar’ e ‘não-substitutiva’ do Estado.

Outro ponto que deve ser considerado são as possibilidades de o Poder Público participar dos órgãos de direção superior de entidades sem fins lucrativos ou filantrópicas, podendo haver, assim, uma atuação mais direta nos destinos da entidade, como as santas casas que muitas vezes dependem quase que exclusivamente do SUS. Deveria ser permitida uma maior participação pública no tocante às suas metas e planejamento sem, contudo, interferir na sua forma organizativa.

Urge, também, definir o que são entidades paraestatais – aquelas que vicejam ao lado do Estado, e que mesmo não sendo Estado nem integrando a Administração Pública atuam no interesse público. Hoje, é exemplo o serviço social autônomo que, mesmo sendo um ente privado, depende de autorização legislativa e deve ser financiado com recursos descontados compulsoriamente dos empregadores vinculados à atividade a que se destina, nos termos do artigo 240 da CF. Poderia haver outros? Com outras finalidades?

Hoje, há na área da saúde serviço social autônomo que depende exclusivamente de recursos do Ministério da Saúde, como é o caso da Associação das Pioneiras Sociais. Essas contradições precisam ser sanadas e definidas, esclarecendo o que é um serviço social autônomo. Caberia ao serviço social autônomo outras finalidades, como acontece com a Associação das Pioneiras Sociais?

Por outro lado, quando se fala em administração consensual, como é o caso do SUS, o contrato emerge como uma forma de regular as relações entre entes públicos na organização de serviços públicos e o contrato de autonomia (SANTOS, 2007) – previsto no texto Constitucional, parágrafo 8º do artigo 37 – exige regulamentação urgente para ampliar a autonomia dos entes públicos.

Quanto ao contrato de gestão, ele tem sido um instrumento muito mais de controle das organizações sociais ou de fixação de responsabilidades e metas públicas do que de expansão da autonomia dos entes e órgãos públicos. Por isso, o contrato previsto no artigo 8º do artigo 37 da CF, que depende de regulamentação, não é o contrato de gestão que tem sido utilizado pela Administração Pública.

A autonomia da gestão de órgãos e entidades públicas pode ser ‘ampliada’ não pelo contrato de gestão, conforme compreensão generalizada de nossos doutrinadores, mas sim pelo contrato de autonomia.

O contrato do parágrafo 8º do artigo 37 tem por objeto o ‘alargamento da autonomia’ como meio de se alcançar a melhoria da gestão de órgão ou ente público; já o contrato de gestão

utilizado pela administração, como o da Associação das das Pioneiras Sociais, o do Grupo Hospitalar Conceição, o das agências reguladoras cuidam tão somente da fixação de metas, avaliação de desempenho e outros compromissos, sem flexibilização da gestão.

Faz-se necessário regulamentar esse dispositivo constitucional para a melhoria da Administração Pública, em especial do SUS. A lei que dispuser sobre o contrato de autonomia há que disciplinar todos os elementos mencionados no dispositivo constitucional e reconhecer, ao órgão ou ente público, autonomia para tomar decisões nos campos gerencial, financeiro, orçamentário, administrativo e de remuneração de pessoal, pautados, obviamente, pelas regras impostas pela Constituição, mas com a flexibilidade que a lei venha a garantir aos entes que firmarem contrato de autonomia.

O contrato de autonomia poderá trazer para dentro da administração pública, direta e indireta, uma autonomia maior, ainda que relativa em relação a alguns modelos de ente público regido pelo direito privado, como a fundação estatal.

Órgãos e entidades públicas da área da saúde, em especial da área hospitalar (e de outras áreas públicas, sem dúvida), poderão beneficiar-se desse modelo de administração contratual diante da possibilidade de ver ampliada a sua autonomia, tão necessária para a gestão de serviços dessa natureza que requerem instrumentos modernos para a sua administração.

Além disso, há um sentimento de urgência nessas mudanças. E elas devem apontar para a instauração de um regime jurídico das entidades estatais de direito privado, de modo a traçar as diferenças em relação àquelas de direito público para que possam ganhar um papel de relevante avanço na gestão pública de serviços sociais e econômicos do Estado, distintos do seu poder de autoridade. Essas entidades públicas, integrantes da Administração Pública, mas com personalidade jurídica de direito privado, devem estar sujeitas a regime próprio, equiparado ao do setor privado, no tocante à remuneração de pessoal, pagamento e execução de seus créditos, direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários, conforme o caso.

A fundação estatal (SANTOS, 2009) insere-se nessa categoria de entidade pública, integrante da Administração Pública, mas com permissão legal para uma gestão mais semelhante ao modelo privado, ainda que submetida aos princípios da Administração Pública e a outros regramentos compatíveis com o interesse público. Contudo, até o presente momento, o modelo da fundação, além de ter sido mal interpretado, não conseguiu ser votado no Congresso Nacional, ainda que determinação constitucional (artigo 37, inciso XIX) imponha a existência desse regramento (lei complementar n.º 92, de 2007). A fundação estatal poderia ser uma boa forma de reestatização de serviços públicos que, por falta de modelos gerenciais inovadores, estão sendo geridos pelo setor privado.

Essas mudanças – juntamente como as referentes ao controle – que devem pautar-se, dentre outras, por diretrizes como: a) supressão dos controles meramente formais; b) controle prévio ou concomitante em vez de controle *a posteriori*; c) controle de resultados predominantemente; d) eliminação de controles superpostos; e) possibilidade de acordos ou termos de ajustes para

sanar atos impugnados não eivados de má-fé, desvio ou qualquer outra forma de violação do interesse público – podem melhorar a gestão pública.

Os controles *a posteriori*, por exemplo, são os que chamamos política do ‘leite derramado’. Os controles devem ser educativos, orientadores; devem privilegiar o alcance da ação pública e não a punição do agente público. Por isso, é melhor atuar preventivamente, educando, acordando, obtendo consenso, aprendendo juntos no interesse público, em vez de aguardar que o erro aconteça para depois punir o seu agente.

A lei complementar n.º 101, de 2000 (LRF) também tem trazido problemas na implementação do SUS no tocante aos limites de contratação de pessoal. A área da saúde gasta por volta de 80% de seus recursos com pessoal e o limite imposto aos entes federativos, em especial o Município responsável pela execução dos serviços de saúde à população, acaba sendo penalizado com o limite de pessoal previsto naquela lei. Como consequência, na medida em que os percentuais-limites para a contratação de pessoal não são suficientes para conter um quadro de pessoal compatível com os serviços que devem ser prestados, muitos serviços passam a ser transferidos (terceirização) para terceiros na busca de evitar o descumprimento da lei que prevê consequências nefastas ao chefe do Poder Executivo.

O público e o privado: complementaridade dos serviços públicos

Nessa altura, não poderíamos deixar de considerar a questão do público e do privado na área da saúde pela sua importância na organização do sistema. A crise do Estado mais recente refere-se à diminuição de suas atividades em razão do traspasse de serviços públicos a entidades privadas mediante concessão e permissão, além da privatização de muitas atividades. De acordo com Cassese (2010), “a crise do Estado atualmente significa perda da unidade do maior poder público no contexto interno e perda da soberania em relação ao exterior” (p. 14).

Sem dúvida, o alargamento das atividades do próprio Estado, em razão do aumento das atividades globais, exige novas formas de gestão, dentre elas, as que preponderaram nos últimos 20 anos de regulação das atividades públicas terceirizadas mediante concessão ou permissão.

O próprio SUS não escapou dessa necessidade de participação do setor privado na complementaridade dos serviços públicos de saúde. A Constituição de 1988 tratou desse tema ao permitir ao Poder Público recorrer aos serviços privados de saúde quando os próprios fossem insuficientes. E diante do baixo financiamento da saúde, impeditivo do aumento das atividades públicas, e principalmente, em razão das dificuldades da gestão pública, essa complementaridade se expandiu além daquilo que se previa inicialmente.

A complementaridade prevista na Constituição tinha o condão de não criar embaraços à Administração Pública que, na época, contava com 70% dos serviços privados complementando os serviços públicos. Impossível desconsiderar tal fato. Era o INAMPS quem mantinha esses contratos e convênios com o setor privado lucrativo e sem fins lucrativos. A intenção era que com a melhoria do financiamento da saúde, o público pudesse ir superando essa complementaridade e inverter esse percentual.

Contudo, de crise em crise – do financiamento às dificuldades da Administração Pública em gerir os serviços de saúde – novas formas de terceirização surgiram, como as organizações sociais, as organizações da sociedade civil de interesse público e outras modalidades, como cooperativas de serviços, fundações de apoio, parcerias público-privadas (PPPs) etc., aqui comentadas.

A realidade é que hoje seria impossível defender uma Administração Pública que pudesse executar serviços de forma direta, sem contar com a participação do setor privado. O problema é transformar o que deve ser complementar em principal, substituindo o Poder Público na gestão da saúde. O importante é o Poder Público poder complementar seus serviços sob regras públicas e em quantidade que realmente possa ser denominada de ‘complementar’. A gestão pública não deve ser a que minguia enquanto os serviços privados crescem, sem os necessários e devidos controles.

Não se pode deixar de considerar o grande espaço de entidades que realmente atuam em prol da sociedade, do interesse público, complementando serviços privados. Contudo, os riscos de perda do controle e da mescla de interesses privados *versus* interesse público não pode ser olvidado.

Os limites têm sido tênues. E na saúde há, muitas vezes, uma confusão entre esses interesses, principalmente quando entidades sem fins lucrativos como as santas casas são tomadas por entidades privadas lucrativas terceirizadas pela própria santa casa. Não se perca de vista, ainda, a questão dos planos de saúde que adentram os serviços públicos, com criação de duas portas de entrada, além da intensa judicialização da saúde por pessoas que são detentores de planos de saúde em busca de serviços ‘complementares’ aos serviços de seus planos privados.

A inversão é perigosa. O SUS poderá, em muitos casos, ser complementar da atividade privada lucrativa, em nome de um direito à saúde que, em nosso entendimento, não pode sustentar-se nesse tipo de reivindicação.

Nesse ponto, importa pensar que se a atividade privada irá conviver com a pública no mesmo espaço social de garantias de direitos, a privada complementando a pública, mediante ajuste de colaboração e contratos de prestação de serviços, é necessário encarar essa realidade e regulá-la em prol do interesse público em vez de demonizar o privado e acreditar ilusoriamente que o público poderá prescindir desse mundo mesclado nos dias de hoje. Também, inversamente, não se pode deixar de atentar para o risco de se demonizar a gestão pública e entender que somente a gestão privada será eficiente e terá melhor desempenho. Ambos os lados da moeda são perigosos e não contribui para a melhoria da gestão pública da saúde.

O risco que se deve evitar é o de não-enquadramento do setor privado nas regras públicas, apartando-se as atividades públicas complementares, ou seja, executadas pelo setor privado, das diretrizes, normas, regras públicas. Deve-se, portanto, evitar que os serviços privados complementares fujam ao domínio público, isolando-se das finalidades públicas.

Urge encarar a realidade de que o público não irá prescindir do privado. Sendo assim, é necessário desenvolver mecanismos, não apenas de controle das atividades, mas que imponham rumos, diretrizes, metas e princípios públicos e, por fim, controlá-los, sempre com a

participação de uma sociedade consciente de seus direitos e com sentimento de pertencimento aos serviços públicos.

A cooperação deve ser o elo, o elemento principalmente nas relações público-privadas; contratos e acordos devem apontar para a supremacia dos interesses sociais, públicos e coletivos.

As finalidades coletivas devem motivar os serviços privados que estejam a serviço do Estado, mediante contrato. Devem gozar de suas autonomias, tendo justo retorno do capital investido sem, contudo, descurar do seu fim: atendimento dos interesses sociais, coletivos, públicos.

A realidade é que o binômio Estado-sociedade, público-privado não podem mais ser vistos como coisas antagônicas; é necessário repensar esse binômio diante da realidade de que o Estado não pode prescindir do privado, da sociedade, do administrado, do cidadão como parte desse todo.

Há que se ter a justa medida. Para que isso ocorra é necessário enfrentar a situação. Ela precisa ser demarcada, delimitada, controlada, fiscalizada e estar sob o comando público no tocante aos princípios, diretrizes e cumprimento das finalidades públicas.

É necessário que o interesse público se imponha sob qualquer modelo, dando as cartas no sentido de proteção dos direitos sociais, dizendo as regras, controlando, fiscalizando e, principalmente, planejando as ações e os serviços públicos que precisam ser executados de maneira eficiente, eficaz e qualitativa. Sem planejamento não se vai muito longe.

É possível melhorar a gestão da saúde?

Primeiramente, é preciso dizer que é possível, sempre, melhorar a gestão da saúde, mesmo ante a ausência concreta de mudanças estruturais na Administração Pública (necessárias, digase!). Na área da saúde, seria necessário acabar com algumas ilegalidades e melhor esclarecer algumas normas.

O primeiro ponto a ser considerado no tocante às ilegalidades é a questão das partilhas de recursos financeiros da saúde, que até o presente momento não respeita o disposto na lei n.º 8.080/1990, artigo 35 e na lei n.º 8.142/990, artigos 3º e 4º. Essas partilhas acabam sendo realizadas por adesão a programas e projetos do Ministério da Saúde, não se cumprindo o mandamento legal de que 50% dos recursos deveriam ser pelo critério populacional e o restante pelos demais critérios previstos no artigo 35 da lei n.º 8.080/1990.

Outro ponto fundamental são as atribuições do SUS: as competências de órgãos e entes públicos na área da saúde, com a assunção de que já está inscrito na Constituição, artigo 200 e na lei n.º 8.080/1990, o que são ações e serviços de saúde, acabando com a falácia de que essa definição não existe e por isso os entes federativos podem incluir na conta da saúde ações e serviços próprios de outras áreas, como a Previdência Social (pagamento de inativos); alimentação (cestas básicas); saneamento, desconsiderando o disposto no artigo 32, parágrafo 3º, e assim por diante.

O controle dos recursos financeiros transferidos da União para os Estados e Municípios também precisa de melhor regulamentação; como os recursos acabam sendo repassados pelo sistema de adesão, a sua fiscalização será simétrica à forma de repasse. Se o repasse é por adesão a

um determinado programa – e não para financiar o plano de saúde do ente federativo, que por sua vez deve advir de um planejamento ascendente (interfederativo) – o seu controle observará o programa, como se fora um convênio. Assim, de nada adianta falar-se em transferência fundo a fundo se o seu controle for convencional.

A descentralização mencionada no artigo 198, inciso I, da CF, teve a intenção de conjugar o disposto nos artigos 23 e 24 da mesma, que trata da competência dos entes federativos para cuidar da Saúde Pública; pretendia-se garantir aos entes federativos municipal e estadual a transferência de recursos federais necessários ao cumprimento de suas novas obrigações constitucionais; contudo, esses recursos acabaram sendo transferidos ao arrepio do que reza do artigo 35 da lei n.º 8.080/1990, adotando o mesmo modelo do INAMPS já mencionado neste trabalho.

Lutou-se e se conseguiu que o SUS fosse um sistema de saúde ‘descentralizado’ em suas ações e serviços (competência constitucional para cuidar da saúde; agir administrativo) e ‘unitário’ em seus princípios e diretrizes, em seus conceitos e bases. A prática, contudo, não tem sido bem assim.

Há, entretanto, uma verticalização de programas que influenciam o planejamento da saúde e os planos de saúde dos entes federativos. Por isso, a descentralização continua ‘uma centralização’ ou uma ‘psedodescentralização’. Se isso for corrigido, poderemos melhorar a gestão pública da saúde.

A articulação federativa, necessária à gestão do SUS, requer também que as instâncias de decisão colegiadas do SUS, no âmbito administrativo, sejam institucionalizadas, com o reconhecimento, por lei, desses espaços de decisões consensuais.

Uma política contratual entre entes públicos também seria bem vinda por expressar melhor os compromissos que os entes pretendem disciplinar, com definição clara de responsabilidade e obrigações. Nos últimos anos a administração pública vem abrindo espaço para

Atuações administrativas instrumentalizadas por técnicas contratuais, decorrentes de consenso, acordo, cooperação, parcerias firmados entre a Administração e particulares ou entre órgãos públicos e entidades estatais. (MEDAUAR, 2005).

Tanto que o contrato de gestão – que surgiu nos anos 1990, no Governo Collor, pelo decreto n.º 137/1991⁴ – tem sido utilizado no âmbito da administração pública nas relações que mantêm com as Organizações Sociais, com Serviço Social Autônomo, com as agências reguladoras, agências executivas⁵ e com empresas estatais.

⁴ O decreto n.º 137/1991 definia o contrato de gestão como ‘instrumento do Programa de Gestão das Empresas Estatais (PGE), no qual se estipulam compromissos reciprocamente assumidos entre a União e a Empresa’. Nesse contrato facultativo, submetia-se a ele a empresa que se interessasse, objetivando o aumento de sua eficiência e competitividade das empresas estatais.

⁵ Abrindo um parêntese, as agências executivas, criadas pelos artigos 51 e 52 da lei n.º 9.649/1998 são autarquias e fundações públicas que podem, por decreto do presidente da República, ser qualificadas como agência executiva desde que tenham plano estratégico de reestruturação e desenvolvimento institucional e celebre contrato de gestão com o Ministério supervisor, gozando, assim, de maior autonomia. Entretanto, nenhum decreto pode ultrapassar os limites da lei que criou o ente qualificado como agência executiva, garantindo-lhe autonomia maior que a lei que o criou. Decreto presidencial não pode expandir limites legais. As flexibilidades devem estar previstas em lei, tal como a lei n.º 8.666/1993, que ampliou o valor percentual de dispensa de licitação para as agências executivas.

Considerações finais

A Administração Pública precisa inovar-se. A sua operacionalidade no caso dos serviços que devem assegurar o direito à saúde é insatisfatória e não garante a efetividade do direito à saúde. É necessário promover uma reforma no seu interior, adotando-se novos marcos legais condizentes com as atuais necessidades da população em relação aos serviços públicos.

Novos paradigmas para a gestão pública precisam existir. Não se devem descartar aspectos importantes do mundo empresarial que podem inovar a administração pública desde que princípios públicos sejam a eles associados, como a participação comunitária, a transparência administrativa, a impessoalidade, a intersetorialidade, amarrando as políticas públicas, a capacidade de planejamento que levem em conta a “política e as diferentes dimensões da vida social” (SCHIMITD, 2007, p. 1997).

Na área da saúde, três vertentes devem ser perseguidas: a) a mudança estrutural da Administração Pública, engajando seus gestores nas discussões que ora se promovem quanto às alterações da legislação de organização administrativa vigentes; b) a cessação de ilegalidades cometidas por autoridades públicas, como é o caso das transferências constitucionais dos recursos da saúde; c) disciplinamento de vácuos legislativos essenciais para a gestão da saúde, como o padrão de integralidade, a qual compreende a assistência farmacêutica.

Falamos de quase todas elas ao longo deste trabalho, e resumidamente, apresentamos esses pontos:

1. transferências de recursos da União para Estados e Municípios pelos critérios legais (artigo 35 da lei n.º 8.080/1990 e artigos 2º e 3º da lei n.º 8.142/1990);
2. controle interno do SUS que precisa ter suas normas e forma de agir revistas para que sejam consonantes com a estrutura do SUS e a autonomia dos entes federativos no tocante ao cuidado com a Saúde Pública;
3. previsão de novos marcos legais de âmbito administrativo que contemplem a articulação federativa ínsita do SUS;
4. novas formas de cooperação entre entes públicos e privados sem fins lucrativos que possibilitem a cogestão de serviços públicos; a participação do público nos órgãos de governança de entidades privadas que dependam quase que exclusivamente de recursos públicos, sem alteração de sua configuração jurídica;
5. sistema de monitoramento e avaliação de serviços os quais privilegiem a realização das metas acordadas e a qualidade dos serviços;
6. sistema de controle financeiro e orçamentário preventivo e cooperativo e não apenas *a posteriori*;
7. concepção do SUS como uma rede interfederativa de saúde que impõe a articulação também interfederativa e gestão compartilhada; criação por lei de colegiados interfederativos nacional, estadual e regional (apoio ao Projeto de Lei n.º 5.203, de 2009, que tramita na Câmara Federal);
8. ‘não-desvinculação’ de recursos e não-contingenciamento e aplicação pelos Estados dos

- 12% das receitas conforme previsto na EC n.º 29;
9. política contratual: contratos organizativos que possam melhor definir as responsabilidades públicas de entes federativos na rede de serviços de saúde;
 10. gestão do conhecimento: inovações geradas no âmbito do serviço público que precisam ser sistematizadas e levadas em conta e não tão somente as pesquisas acadêmicas;
 11. padrão de integralidade e acesso ordenado: qual o padrão de integralidade que a sociedade e o Governo irão definir para o país?;
 12. direito à saúde *versus* consumo de saúde: sentimento de pertencimento que acontece junto com a melhoria dos serviços; viabilizar um sistema de valores, crenças e ideários sobre a Saúde Pública de acesso universal e igualitária, qualitativa e eficiente, sem o que fica difícil implementar políticas públicas no Estado;
 13. novos paradigmas e estruturas jurídico-administrativas para a gestão do SUS, todas consonantes com a sua organização constitucional e com o direito que a Constituição pretende garantir, dentre elas, a fundação estatal, o contrato de autonomia;
 14. nova reconfiguração de modelos do terceiro setor com a finalidade de permitir cooperação, parcerias, complementaridade, vedando-se a substituição do Estado na gestão pública da saúde.

Referências

- BARROSO, L.R. Fundamentos teóricos e filosóficos do novo Direito Constitucional Brasileiro (Pós-modernidade, teoria crítica e pós-positivismo). *Revista Diálogo Jurídico*, v. 1, n. 6, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Senado Federal. Legislação Federal. 1990.
- _____. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666cons.htm. Acesso em: 23 abr. 2010.
- CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. 4. ed. Campinas: UNICAMP, 2005.
- CASSESE, S. *A crise do estado*. Campinas: Saberes, 2010.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. *Gestão de redes*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- ITÁLIA. *Constituição Italiana*. Disponível em: <http://cittaperte.bo.arci.it/documenti/CostituzionePORT.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2010.
- LEAL, R. *Direitos sociais e políticas públicas*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007. tomo 7.
- MEDAUAR, O. *O direito administrativo em evolução*. 2. ed. São Paulo: RT, 2003.
- MELLO, C.A.B. *Curso de direito administrativo*. 14. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.
- SANTOS, L. *Direito à saúde e qualidade de vida*. Um mundo de corresponsabilidades e fazeres. O Direito da Saúde no Brasil. Campinas: Saberes, 2010.
- _____. (Org.) *Fundações estatais*. Campinas: Saberes, 2009.
- _____. Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações. *Boletim de Direito Administrativo*, n. 5, São Paulo: Editora NDJ Ltda, 2007.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. 2. ed. Campinas: Saberes, 2009.

SCHMIDT, J.P. *Gestão de políticas públicas: elementos de um modelo pós-burocrático e pós-gerencialista*. Direitos sociais e políticas públicas. Santa Cruz do Sul: EDUNISP, 2007. tomo 7.

SILVA, F.S (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS*. Campinas: IdISA/CONASEMS, 2008.

SILVA, J.A. *Curso de direito constitucional positivo*. 29. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

TORRES, R.L. A cidadania multidimensional na era dos direitos. In: BARROSO, L.R. Teoria dos direitos fundamentais. Fundamentos teóricos e filosóficos do novo Direito Constitucional Brasileiro (pós-modernidade, teoria crítica e pós-positivismo). *Revista Diálogo Jurídico*, v. 1, n. 6, 2001.

WEICHERT, M.A. *Saúde e federação na Constituição*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

Direito à saúde e respeito à Constituição

Alvaro Luis de Araujo Ciarlini

Ao observarmos o crescente fenômeno da judicialização da saúde pública em nosso país, é impossível deixar de indagar sobre a virtual compatibilidade das decisões que ora vêm sendo tomadas no âmbito do Poder Judiciário em relação aos critérios e parâmetros jurídicos e políticos que objetivamente estão previstos na Constituição Federal sobre esse tema.

Por outro lado, ao analisarmos a postura judicial que hoje tem prevalecido sobre a questão, é inevitável a reflexão sobre a importância, profundidade e alcance político da atividade judicial na busca de solução aos problemas jurídicos de maior relevo.

Afinal de contas, quando nos referimos ao direito à saúde, colocamo-nos diante de um dilema revelado pela tensão permanente, na órbita dos direitos sociais fundamentais, entre dois polos diametralmente opostos: o primeiro deles é o atendimento às pretensões individuais legitimamente ostentadas pelos cidadãos, no sentido de obter um atendimento eficaz em face de eventuais doenças e outros agravos; o segundo consiste em determinar que esse atendimento às pretensões individuais não ponha em risco o próprio sistema administrativo que tem por incumbência, sim, a promoção da saúde pública, mas guarda como seu principal escopo o atendimento integral da população, cuja prioridade, nos termos do art. 198, inc. III da Constituição Federal, é o desenvolvimento de atividades preventivas.

Agrava-se o problema quando transposto para a equação que tem em seu âmago saber como aliar uma proposta de encaminhamento para esses temas com um programa político que pretende ver na sociedade um ambiente para a tomada de decisões, atentando, outrossim, ao modelo ocidental democrático e plural.

Afinal de contas, a judicialização das políticas públicas acaba concentrando o poder decisório nas mãos de poucos juízes, sendo que estes, invariavelmente, deliberam sobre temas para os quais a Constituição Federal estabeleceu outras instâncias decisórias, pressupondo a instituição de uma rede regionalizada e hierarquizada, consubstanciada em um sistema único. Esse sistema, sabidamente, tem como diretrizes a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”, o “atendimento integral” e a “participação da comunidade”, nos moldes do art. 198, *caput* e incisos I, II e III da Constituição Federal.

Demais disto, ao examinarmos o rumo dos acontecimentos e a direção dada a essa questão pelo Poder Judiciário, é possível desconfiar que o método de trabalho judicial ora em curso, aliado aos argumentos adotados na *praxis* dos tribunais de nosso país, não possibilitará a busca de ferramentas adequadas e eficazes para o enfrentamento do problema.

Desta feita, podemos dizer que esse estado de coisas delineia um sistema em crise, evento que pode ser assim verbalizado: o atual modelo de resposta jurisdicional dado pelos tribunais brasileiros, em demandas individuais e em face da eventual omissão do Estado, acerca do direito à saúde como um ‘direito de todos e dever do Estado’, diretriz normativa imposta pelo art. 196, *caput*, primeira parte, da Constituição Federal, na prática nega o conteúdo normativo desse dispositivo constitucional. Isso porque o mencionado comando, por sua própria natureza, determina que tal direito deve ser

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Entenda-se bem: a resposta estatal ao ajuizamento de ações individuais que postulam a dispensação de medicamentos de alto custo, internação em unidades de terapia intensiva, atendimento fora do domicílio, cirurgias, órteses e próteses etc., se opõe ao dispositivo constitucional invocado como fundamento do deferimento dessas providências e que tem em seu texto a clara determinação no sentido da afirmação da propalada garantia mediante a instituição das políticas sociais e econômicas, já mencionadas acima, visando a atingir aqueles objetivos constitucionalmente delineados, isto sem esquecer – convém repisar – das diretrizes constitucionais previstas no art. 198 da Constituição Federal, que prevê a institucionalização de um sistema único apto a levar adiante esse desiderato.

Para o adequado delineamento desse fenômeno, vale lembrar que as denominadas crises sociais e políticas se manifestam como uma espécie de *perpetuum mobile* que se alimenta da energia gerada pela permanente produção e reprodução de conflitos, ameaças e perigos no âmbito das

estruturas sociais, políticas e econômicas modernas¹. Trata-se, enfim, de “fatos que ocorrem constantemente e acontecimentos que precisam ser mantidos sob controle público, embora não possam estar sob controle total”².

Aí temos, então, uma formação sistêmica que bem poderia ser considerada uma deformação, a pertencer ao próprio *modus operandi* das sociedades modernas, e que, por isso mesmo, não deve ser percebida como uma enfermidade possivelmente remediável com a aplicação de melhores métodos, ou com mais boa vontade pelos atores do sistema social, ou, até mesmo, com melhores refinamentos científicos ou esforços democráticos³. Com efeito, crise e modernidade estão umbilicalmente ligadas⁴ e conectadas a um sistema auto-referente.

Desta feita, pode assim ser traduzida a primeira crítica ao atual modelo de solução às demandas individuais por saúde: a retórica jurídica corrente, ao afirmar esse direito fundamental prestacional, tendo como pressuposta a aplicação do art. 196 da Constituição Federal, acaba por causar, paradoxalmente, efeito sistêmico diametralmente oposto à afirmação da pretendida garantia constitucional, na medida em que o Poder Judiciário passa a assumir um inegável protagonismo na deliberação e decisão acerca dos critérios decisórios aplicáveis para tanto⁵.

A situação paradoxal ora delineada pode, ademais, ser observada como o sintoma de um autêntico desarranjo político e jurídico, situação tal agravada pelos excessos retóricos contidos nas decisões que tratam do tema em relevo.

A partir da afirmação do “direito à vida” e seu corolário direito à saúde, preconizados nos artigos 5º e 196 da Constituição Federal, como já acima mencionado, as decisões judiciais que tratam da matéria, sem necessariamente atentar para a complexidade da situação administrativa e política subjacente ao tema, ou até mesmo da real necessidade das imprescindíveis “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos”, ou ainda ao problema do “‘acesso universal’ e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”, têm se manifestado no sentido de que o dever previsto no artigo 196 do Texto Constitucional consiste em garantir o direito à saúde a todos os cidadãos, indistintamente.

Fato curioso e digno de nota, mas necessário para a manutenção de tal conduta retórica judicial sobre o tema, é a compreensão, manifestada pelos magistrados, no sentido de que a eventual falta de previsão orçamentária para atendimento às pretensões individuais veiculadas na Justiça, retratada nesse âmbito como “interesse financeiro secundário do Estado”, representa “valor constitucional de somenos densidade em comparação com o direito à saúde”, e que, longe de consubstanciar uma indevida ingerência do poder judiciário no poder executivo, a atividade

¹ HELLER, A. Uma crise global da civilização: os desafios futuros. In HELLER [et al]. *A crise dos paradigmas em ciências sociais e os desafios para o século XXI*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999, p. 14.

² Idem, *ibidem*.

³ Idem, *ibidem*, p. 13.

⁴ KOSELLECK, R. *Crítica e crise – Uma contribuição à patogênese do mundo burguês*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999, p. 139.

⁵ TATE, C.N.; VALINDER, T. *The Global Expansion of Judicial Power*. New York: New York University Press, p. 2.

judicial necessária à preservação desses direitos tem em conta, em verdade, “o único meio de salvar uma vida, bem fundamental para onde deve ser direcionada a ação do poder público”⁶.

Ou seja, no lugar da estruturação de políticas públicas que possam atuar sistemicamente no sentido da redução das doenças e outros agravos, políticas essas direcionadas ao acesso universal e igualitário às referidas ações e serviços, as quais têm seguramente o escopo de promover, proteger e recuperar a saúde da população, o Poder Judiciário, no trato do tema ora em destaque, na melhor das intenções e sob a provocação das partes necessitadas, acabou por instituir um programa de atendimento a essas demandas sem a obediência ao preceito que disciplina a imprescindibilidade de fomento das já aludidas políticas públicas e sem a possibilidade de levar adiante o projeto de atendimento universal e igualitário propugnado na Constituição Federal.

Desta feita, no lugar do acesso aos serviços de saúde, no molde já mencionado precedentemente, o conjunto das decisões proferidas pelo Poder Judiciário no trato da questão estabelece a distinção entre duas classes específicas de cidadãos: 1) os que já ajuizaram ações judiciais para obter atendimento a uma específica pretensão por saúde e 2) os que ainda irão ajuizá-las.

Com efeito, essa situação agora em análise pede atenção ainda à repercussão do *judicial review* em nosso sistema político liberal, que pretende ver-se como algo orientado por um modelo que propugna a democracia e, com ela, o pluralismo⁷, merecendo atenção, quanto a esse particular, o problema de sua função, nas sociedades ocidentais⁸, como meio de promoção e manutenção dos direitos fundamentais.

Convém perceber, no entanto, que a manutenção do sistema de direitos fundamentais não deve ficar submetida a uma ordem suprapositiva aplicável como critério de verdade absoluta. Para que seja mantida, minimamente, a compatibilidade entre o sistema democrático e a preservação das esferas jurídicas individuais e coletivas, a atividade jurisdicional deverá funcionar como meio necessário para reforçar o processo de formação da vontade democrática⁹, no sentido de garantir a todos os direitos de comunicação e participação.

⁶ Do STJ, exemplificativamente, colhem-se os seguintes julgados: AgReg. no AG nº 246642/RS, 1ª Turma, Rel. Min. Garcia Vieira, Publ. DJ de 16.11.99; AgReg. no AG nº 253938/RS, 1ª Turma, Rel. Min. José Delgado, Publ. DJ de 28.02.00; RESP nº 325337/RJ, 1ª Turma, Rel. Min. José Delgado, Publ. DJ de 03.09.2001. Do STF, exemplificativamente, os seguintes: AgReg. no RE nº 255627/RS, 2ª Turma, Rel. Min. Nelson Jobim, Publ. DJ de 23.02.01; RE nº 195192/RS, 2ª Turma, Rel. Min. Marco Aurélio, Publ. no DJ de 31.03.00.

⁷ Para Jürgen HABERMAS, “o Estado democrático de direito não se apresenta como uma configuração pronta, e sim, como um empreendimento arriscado, delicado e, especialmente, falível e carente de revisão, o qual tende a reatualizar, em circunstâncias precárias, o sistema dos direitos, o que equivale a interpretá-los melhor e a esgotar de modo mais radical o seu conteúdo.” Habermas, Jürgen. *Direito e Democracia entre facticidade e validade*, vol. II. Trad. Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997, p.118.

⁸ Perceba-se, por oportuno, o que parece ser um fenômeno de âmbito global: o *judicial review* hoje tem uma conotação diferenciada em relação aos primórdios do constitucionalismo, pois verifica-se: 1) a diminuição do *mandatory jurisdiction*, em que o escopo do recurso é considerado verdadeiramente um direito do jurisdicionado e 2) o aumento da ênfase ao *writ of certiorari*, cuja análise depende, sim, de uma boa dose de discricão do Judiciário. Segundo essa visão, a Corte Constitucional passa a não mais ser vista como uma instancia de revisão, no sentido de apreciar qualquer matéria em que se pretenda a afirmação de direitos individuais, mas assume, em verdade, a missão de decidir questões cuja repercussão revele o interesse de toda a sociedade, afirmando assim a supremacia judicial. Cf. GRIFFIN, Stephen M. *The age of Marbury : Judicial Review in a Democracy of Rights* (September 3, 2003). Tulane Law School Working Paper nº 2003-01, p. 14-17. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=441240. Acesso em 15 jan. 2005.

⁹ ROSENFELD, M. *Law as Discourse: Bridging the gap between Democracy and Rights*. Harvard: Harvard Law Review, Vol. 108, nº 5 (Mar., 1995), p. 1163-1189.

Com efeito, parece-nos inquestionável que a atuação judicial, nas sociedades que adotam a vida pública democrática, deve se pautar pela realização de certos princípios compartilhados em uma comunidade. Assim, na medida em que realizam esses princípios, os juízes devem auto-limitar sua própria discricção¹⁰.

Em uma sociedade democrática e plural, o *judicial review* não pode ser visto como critério de legitimação política, pois, nesse âmbito, a magistratura tende a impor sua própria vontade e não necessariamente a vontade da sociedade. Por isso mesmo, a doutrina constitucional propugna que a função do *judicial review* deve se restringir à fundamentação de uma teoria de interpretação constitucional que efetivamente estabeleça balizas para a discricção judicial, assegurando aos juízes uma atuação segundo princípios legais pré-definidos¹¹. Essa dinâmica poderia garantir a orientação do agir judicial por critérios entendidos como legítimos na medida em que passem a concretizar os princípios endossados pela comunidade política.

Assim, quer parecer justificável a asserção no sentido de que a atividade jurisdicional deve se embasar na permanente busca desses princípios compartilhados pela sociedade, dentro de um contexto maior que permita aos partícipes da vida social debater e definir suas normas e critérios para sua aplicação. Afinal de contas, a partir de uma visão fundamentada no republicanismo cívico, os princípios jurídicos e políticos que orientam a vida social devem ser concebidos como coercitivos. Enfim, é dever dos juízes a aplicação coercitiva dos princípios que derivam do sentido ordinário da Constituição¹².

Para a melhor compreensão desse importante tópico da teoria constitucional ocidental, insta registrar a existência de outra linha de abordagem do tema a partir da análise da repercussão política das decisões judiciais¹³. Para Mark Tushnet¹⁴ e Christopher Eisgruber¹⁵, não se mostra assim tão visível a possibilidade, já mencionada precedentemente, da limitação da discricção judicial pelos princípios constitucionais¹⁶.

A abordagem desses autores está embasada na ideia de supremacia da Jurisdição, e os problemas alusivos à atividade jurisdicional podem ser dimensionados em dois grupos, sendo o primeiro o que se reporta à própria estrutura de governo e trata dos temas alusivos a sua organização, sobre os quais o público se mostra, invariavelmente, indiferente¹⁷. Tushnet afirma que sobre essas questões dificilmente se manifesta a Corte Constitucional, e, quando assim procede, o faz de forma indesejável. O segundo se refere às previsões normativas sobre as garantias

¹⁰ ELY, J.H. *Democracy and distrust*. Cambridge: Harvard University Press, 1980, p 73-104.

¹¹ Idem, *ibidem*, p. 73-104.

¹² WARD, K.D. *The Politics of Disagreement; Recent Work in Constitutional Theory*. Review of Politics. Notre Dame: University of Notre Dame, 2003, Vol. 65, Issue 4, p. 425-440.

¹³ WARD, *ibidem*, p. 427.

¹⁴ TUSHNET, M. *Taking the Constitution Away From The Courts*. Princeton: Princeton University Press, 1999, p. 11-14.

¹⁵ EISGRUBER, Christopher L. *Constitutional Self-Government*. Cambridge: Harvard University Press, 2001, p. 3-5.

¹⁶ WARD, *ibidem*, p. 426 - 427.

¹⁷ TUSHNET, *ibidem*, p. 9.

fundamentais de igualdade, liberdade de expressão e liberdades individuais¹⁸, tratando-se de disciplina normativa elaborada por meio de um processo histórico marcado por centenas de anos de lutas¹⁹.

O aspecto central do trabalho de Tushnet consiste em refletir como as instituições podem intermediar as discussões, no âmbito social, sobre esses critérios de igualdade e liberdade. Enfim, vale mencionar a descrença do autor sobre a possibilidade de os juízes contribuírem positivamente para a concretização da vida social democrática, ou mesmo das dúvidas por ele suscitadas acerca da existência de princípios não controversos que possam, de fato, justificar o *judicial review*.

É inegável que a percepção de Tushnet traz consigo uma inquietante reflexão que hoje é imprescindível na análise das atuais discussões sobre o constitucionalismo, pois parte do princípio segundo o qual o ativismo judicial acaba por impedir que a sociedade leve adiante as indispensáveis deliberações sobre seus temas constitucionais mais relevantes e, assim, não se mostra compatível com a democracia²⁰.

Disto decorre a conclusão que, aliás, serve como pano de fundo de seus escritos mais importantes, no sentido de que o legislador e os cidadãos podem aplicar, de uma forma mais adequada, as normas constitucionais alusivas às liberdades e à igualdade²¹. Quanto ao mais, adverte:

*We have to decide whether judicial intervention improves things overall, taking all the cases into account and being constantly aware that courts make constitutional mistakes too.*²²

Nesse sentido, é óbvio o ceticismo de Tushnet sobre o *judicial review*, posição pontuada com sua conhecida afirmação no sentido de que seria fervorosamente²³ favorável a este se tivesse certeza de que a Suprema Corte e a sociedade compartilhariam a mesma ideia de Constituição.

Nesse particular, o problema enfocado por Tushnet consiste em determinar se os juízes teriam condições de resolver os desacordos sobre o sentido da Constituição melhor do que os agentes políticos eleitos.

Quanto ao referido ponto, é importante ressaltar que inexistem discrepâncias importantes a esse respeito entre as reflexões de Tushnet e Jeremy Waldron²⁴, que substanciem a legitimidade constitucional na vontade da maioria, em um critério de igualdade concebido em caráter procedimental, pois essa manifestação majoritária de um determinado sentido para a Constituição re-

¹⁸ Tushnet escreve: "we can think of the thin Constitution as its fundamental guarantees of equality, freedom of expression and liberty". Idem, ibidem, p. 11.

¹⁹ Idem, ibidem, p. 12.

²⁰ Idem, ibidem, p. 186.

²¹ Idem, ibidem, p. 129-130.

²² Idem, ibidem, p. 119.

²³ "...wildly in favor of judicial review". Idem, ibidem, p. 155.

²⁴ WALDRON, J. *Law and Disagreement*. Oxford: Oxford University Press, 1999, p. 109.

solve as desavenças sociais de uma forma respeitosa, na medida em que não privilegia nenhum dos pontos de vista que estão em disputa²⁵.

Feitas essas breves considerações, podemos afirmar ser, no mínimo, merecedora de cuidados a visão hegemônica e unilateral de mundo afirmada pelos tribunais ao deliberarem sobre pretensões individuais por serviços de saúde, inclusive ao ressaltar o caráter supraconstitucional da fundamentalidade desse direito prestacional como algo que se impõe contra todos os demais temas constitucionais, inclusive aqueles que orientam nossa estrutura republicana de Estado, estranhamente considerados como ‘secundários’ pela jurisprudência hoje prevalente.

A partir dessas ponderações, mostra-se adequada a investigação de outros modelos decisórios que permitam lidar com o tema da prestação de saúde, pelo Poder Judiciário, sem negar vigência à estrutura normativa do Texto Constitucional, ou mesmo conduzir para a supressão do modo deliberativo plural e democraticamente descentralizado, que foi previsto, insista-se, para estabelecer os critérios que deverão ser observados para a execução dos programas públicos de saúde.

Com efeito, vale lembrar que a atuação judicial nesse sentido pode inclusive vir a estabelecer o necessário equilíbrio entre o bem-estar da população, mediante a execução desses programas públicos, e a autonomia de uma comunidade de atores sociais despertos e participativos, que buscam consciente e ativamente as necessárias soluções para os problemas sociais e políticos existentes em seu meio.

Isso nos conduzirá, certamente, à compreensão no sentido de que os direitos fundamentais não podem ser vistos como algo referido a uma ordem objetiva de valores; portanto, como elementos de uma estrutura normativa fundada em princípios suprapositivos do direito, com validade incondicional, ao contrário do que ocorre com a jurisprudência reinante, hoje, em nosso país a respeito do tema aqui em análise.

Por certo, a obtenção do equilíbrio mencionado acima demandará a observância, pelo Juiz, dos argumentos de princípio político presentes em seu meio social, no momento da elaboração da decisão jurídica, inclusive aqueles que limitam a fruição imediata desses direitos, ou até mesmo os que estabelecem critérios de seleção e de guia para o seu exercício, como, por exemplo, a análise de contingências financeiras do Estado. Nesse sentido, ficará evidenciada a possibilidade de concretização de um molde político de convivência social que não restrinja a autonomia dos cidadãos.

É importante frisar que, por ser mais razoável, racional e logicamente viável, o esforço do Poder Judiciário em afirmar direitos subjetivos constitucionais que assegurem o bem-estar dos cidadãos, como decorrência de sua autonomia privada, não deve importar no sacrifício da autonomia pública dos sujeitos constitucionais.

Nesse contexto, as decisões judiciais proferidas no trato das pretensões a saúde, na medida em que tendem a concretizar direitos sociais, com o respeito à afirmação das identidades dos

²⁵ WARD, *ibidem*, p. 431.

sujeitos constitucionais, afirmando a primazia da igualdade, não poderão desconsiderar a preservação da liberdade de escolha dos cidadãos.

Ressalte-se ainda, nesse particular, a possibilidade de avaliação crítica da retórica adotada nas linhas decisórias sustentadas nas decisões judiciais proferidas pelos tribunais brasileiros nesse âmbito, estabelecendo critérios decisórios outros que não sejam puramente a escolha entre argumentos que afirmam o caráter absoluto do direito à saúde, nem tampouco optem por desconsiderar esses interesses jurídicos legítimos em virtude da eventual existência de contingências orçamentárias.

Para fugir dessa absurda antinomia entre posições diametralmente opostas, deverá haver, decerto, uma mudança da postura dos juízes na condução dos respectivos processos judiciais que tratam da questão.

Convém insistir que a Constituição Federal, ao mesmo tempo em que prescreve como fundamental o direito à saúde, confere ao Estado a atribuição de promover um conjunto de ações e serviços públicos indispensáveis à redução dos riscos de doenças. Mostra-se inafastável ainda a constatação de que compete ao Estado garantir à população “o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde”²⁶.

Ou seja, incumbe ao Sistema Único de Saúde, como instituição do direito sanitário brasileiro, integrar e organizar as ações atinentes à promoção desse serviço, sendo oportuno não olvidar que, à vista de sua relevância, tal direito social tem sua implementação, fiscalização e controle devidamente atribuídos ao poder público. É igualmente inegável que a execução direta de tais ações e serviços, pelo Estado, deve ser procedida por determinadas instituições jurídicas, a quem incumbe a promoção, proteção e recuperação da saúde²⁷.

Diante dessas ponderações, observe-se também a previsão, para a consecução do referido sistema, no art. 198 da Constituição Federal, da descentralização “com direção única em cada esfera de governo”, isto sem esquecer do atendimento integral, “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais” ou mesmo da participação da comunidade e do financiamento permanente, “com vinculação de recursos orçamentários”.

Para se manter fiel às referidas diretrizes constitucionais, o julgador deverá estar atento, primeiramente, ao princípio do atendimento integral, que propugna ser prioritária a adoção de atividades preventivas de proteção da saúde²⁸, muito embora não se esquive da constatação da necessidade da intervenção curativa.

O atendimento integral previsto em nosso sistema jurídico significa a adoção de “todos os procedimentos terapêuticos reconhecidos pela ciência e autorizados pelas autoridades sanitárias

²⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Direito Sanitário com enfoque na Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 55.

²⁷ *Idem*, *ibidem*, p. 57.

²⁸ Brasil. Leis, decretos etc. Art. 7º, incisos I e II, da Lei nº 8080/90.

competentes²⁹ a serem “disponibilizados para a proteção da saúde da população”³⁰, independentemente do nível de complexidade envolvido, pois se refere desde os procedimentos ambulatoriais mais simples, incluindo até “os transplantes mais complexos”³¹.

É importante registrar também a previsão da necessária e indispensável participação da comunidade na formulação, gestão e execução das ações e desses serviços públicos³², o que se dará por meio de suas conferências e conselhos³³, sem prejuízo da criação de outros mecanismos de participação da sociedade civil na administração do sistema.

Como essa operação está fundamentada na participação social, o modelo plural de gestão adota, para a consecução de seus objetivos, um procedimento que não pode prescindir de “debates, pressões e propostas, numa convivência democrática da sociedade com atores Governamentais”³⁴.

Percebe-se, assim, que foi adotado pela Constituição Federal, e, portanto, pelo sistema normativo pátrio como um todo, o critério de legitimação das decisões que orientam a gestão do Sistema Único de Saúde, fundamentado no acesso à deliberação pública plural. Isso é indispensável justamente para a obtenção dos paradigmas que devem estabelecer as precedências no atendimento ao direito à saúde em face dos recursos e meios disponíveis para tanto, bem como as escolhas quanto aos demais parâmetros quantitativos e qualitativos alusivos à dispensação de medicamentos e insumos para os que deles necessitem.

Nesse sentido, para que possa legitimar as escolhas que orientarão sua decisão judicial sobre questões de saúde, o magistrado também não poderá, como regra, prescindir da busca, em seu trabalho jurisdicional, dos argumentos que testifiquem a síntese da vontade desses mesmos partícipes.

É preciso, para tanto, investir na busca de um palco jurisdicional mais adequado do que as hoje comuns ações individuais cominatórias.

Também assim, é indispensável antever a possibilidade de realização de um escopo do processo³⁵ não necessariamente vinculado ao judicial, no sentido de orientar as estratégias de um agir decisório que, ao se embasar em princípios políticos, não olvide da peculiaridade de que seu *telos* é alcançável por meio de procedimentos jurídicos.

Já se encontra devidamente difundida, no senso comum dos juristas, a reflexão sobre os escopos políticos da jurisdição. Estes, como se sabe, referem-se a um compromisso da magistratura,

²⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Direito Sanitário com enfoque na Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 75.

³⁰ Idem, *ibidem*, p. 75.

³¹ Idem, *ibidem*, p. 75.

³² Brasil. Leis, decretos etc. Art. 7º da Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90.

³³ Brasil. Leis, decretos etc. Lei nº 8142/90.

³⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 209.

³⁵ Para Dinamarco, Cândido Rangel (*A instrumentalidade do processo*. 4 ed. São Paulo: Malheiros, p. 149-151) “a instrumentalidade do processo, que têm em seu âmago a indagação sobre a efetividade do processo, se observa com a realização em três diferentes escopos, sendo eles o judicial, o social e o político. Nessa medida, cabe ao escopo social a pacificação da sociedade, enquanto que o escopo político tem em mira permitir a coexistência do exercício do poder público com a liberdade dos cidadãos e a participação destes no processo de tomada de decisões sobre o futuro da sociedade.

na órbita de seu agir judicial, com a estabilidade das instituições políticas, o exercício da cidadania e, finalmente, a preservação do valor da liberdade³⁶.

É inegável, portanto, que o *telos* da atividade jurisdicional seja a estabilidade das instituições pátrias, mostrando-se necessária a abertura de espaço para a participação dos cidadãos na vida social e no destino do Estado. O processo judicial, desta feita, pode funcionar como um autêntico mecanismo de participação política da cidadania. Assim, a instrumentalidade do processo não pode prescindir da transcendência dos escopos sociais e jurídicos da jurisdição, devendo ver, em seus escopos políticos, a possibilidade de manutenção de uma ordem jurídica justa, sem perder o foco na possibilidade de propiciar a estabilidade de suas instituições.

Para que se mostre possível, no entanto, o efetivo implemento desses escopos políticos, na busca do equilíbrio e da estabilidade ora propugnada, é fundamental que o tema da saúde pública ganhe mais espaço no âmbito das tutelas a interesses metaindividuais, com a conseqüente diminuição do número e da importância das hoje inúmeras ações de defesa a interesses individuais por saúde.

Convém insistir em que essa alteração paradigmática demandará uma necessária conscientização da advocacia, do Ministério Público, das entidades associativas de defesa aos interesses dos usuários do sistema de saúde, bem como dos órgãos de defensoria pública, nas esferas federal, estadual e distrital, sobre a necessidade de veiculação desses interesses por intermédio da ação civil pública, bem como investir no aprofundamento da reflexão, por parte da Magistratura nacional, sobre as peculiaridades que efetivamente cercam a eficácia de suas sentenças.

A possibilidade de implementação do direito à saúde pelo Poder Judiciário, se analisada sob o enfoque do propugnado equilíbrio entre a autonomia cidadã e o bem-estar da sociedade, passa, portanto, em um primeiro momento, pela adoção de uma via acionária que possibilite a ponderação sobre os interesses difusos juridicamente relevantes e que, pelo aspecto de sua generalidade, imponha-se por meio de uma sentença de cunho normativo, ao revelar a peculiaridade de que sua coisa julgada “se alavanca *ultra partes e erga omnes*”³⁷.

Essa forma de veiculação do direito à saúde, com a imposição da eficácia *erga omnes* do provimento judicial que delimite seus parâmetros, terá assim o condão de orientar a atuação estatal para o atendimento, a esses interesses juridicamente relevantes, segundo um molde razoavelmente referido a critérios isonômicos, pois suas regras terão validade sobre todas as relações e situações jurídicas de uma dada comunidade política³⁸.

Esses mesmos critérios, como seria razoável supor, deverão ser estabelecidos, inclusive, com a ponderação acerca dos recursos materiais disponíveis e outras possíveis contingências em curso na sociedade. Por isso, no processo de elaboração da decisão, no transcorrer do respectivo procedimento, o juiz deve possibilitar a realização de audiências públicas para colher o posicionamento de parcela significativa dos agentes responsáveis pela execução desses programas,

³⁶ Idem, *ibidem*, p. 209.

³⁷ MANCUSO, R.C. *Ação Civil Pública* – em defesa do Meio Ambiente, do Patrimônio Cultural e dos Consumidores. 9 ed. São Paulo: RT, 2004, p. 434.

³⁸ Brasil. Leis, decretos etc. Art. 16 de Lei 7347/85.

ouvindo também, além da *opinio* dos técnicos responsáveis por essas ações e serviços públicos de saúde³⁹, a manifestação de representantes das respectivas conferências e conselhos⁴⁰ que compõem o Sistema Único de Saúde⁴¹, isto sem olvidar da possibilidade de oitiva de outros integrantes da sociedade civil.

A sentença a ser prolatada nessa esfera, como resultado de uma ação civil pública⁴², não deixará, por conseguinte, de pressupor a deliberação social plural. Desta feita, na efetivação dos direitos sociais, o Judiciário, a fim de manter-se obediente ao Texto Constitucional, pode e deve compartilhar os ônus de suas respectivas escolhas, ao possibilitar que a sociedade civil participe do trabalho de definição de critérios de precedência para atendimento a essas pretensões.

É deveras importante, como já mencionado, superar alguns equívocos comumente cometidos pelos juristas no curso da Ação Civil Pública. Com efeito, é preciso, de uma vez por todas, compreender que tal modalidade acionária não se presta à tutela de pretensões individuais e que sua sentença produz, efetivamente, eficácia *erga omnes*.

Por conseguinte, convém insistir ser impróprio o intento dos autores civis no sentido de que a sentença judicial alcance apenas determinados indivíduos que estão a buscar a tutela judicial por medicamentos ou determinadas terapias curativas. É indispensável, portanto, que tal sentença seja vista como o parâmetro normativo a ser seguido por todos, a partir de seu trânsito em julgado, no sentido de regular aquelas situações e relações jurídicas.

Mostra-se imprescindível ainda atentar ao fato de que, para o fim de determinação de balizas ao exercício de certos direitos subjetivos constitucionais *in concreto*, o ajuizamento de uma ação civil pública corresponde, em verdade, ao início de um processo de elaboração de norma jurídica genérica, inclusive com a “extensão dos efeitos do julgado aos casos futuros e análogos”⁴³, cabendo ao Judiciário a última palavra sobre a densificação de seus elementos normativos.

Mostra-se importante também sublinhar que, nesse particular, o administrador público deverá orientar-se por essa decisão em relação a todos os casos, presentes e futuros, que estejam referidos às especificidades da tipologia do fato retratado na petição inicial e que são, certamente, determinantes para a eficácia preponderante contida no dispositivo da sentença.

³⁹ Brasil. Leis, decretos etc. Art. 7º da Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90.

⁴⁰ Vale registrar, nesse particular, que “os conselhos são espaços partilhados entre governo e sociedade. Institucionalizados e previstos legalmente, os conselhos setoriais representam um espaço de discussão, formador de opinião pública e tomador de decisões que são levadas em conta pelos Poderes Legislativo e Executivo. Neles os segmentos da população se articulam, trocam informações, criam conceitos que posteriormente são transmitidos para outros segmentos e assim por diante. São legalmente caracterizados como *deliberativos*, o que auxilia na construção de redes de comunicação.” Oliveira, Mariana Siqueira de Carvalho. Democracia, Procedimento e Esfera Pública: Os Conselhos Gestores Setoriais como espaços inovadores de participação social. Manuscrito. No mesmo sentido: Oliveira, Mariana Siqueira de Carvalho. A importância da participação social para a efetivação do controle democrático no âmbito da saúde. In: XIII Encontro Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito - CONPEDI, 2004, Florianópolis. Anais do XIII Encontro Nacional do CONPEDI. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2004. p. 619-628.

⁴¹ Brasil. Leis, Decretos etc. Lei nº 8142/90.

⁴² Como sabido, A Ação Civil Pública, prevista no artigo 129, inc. III, CF, é instrumento utilizável com o intuito de evitar danos ao meio ambiente, ao consumidor, aos bens de direito de valor artístico, estético, histórico, turístico ou paisagístico, ou promover a responsabilização daqueles que tenham causado lesão a esses mesmo bens. Além do Ministério Público (CF), também estão legitimados para propor esta ação (Lei nº 7347, de 24.07.85) a União, o Estado, o Município, autarquia, sociedade de economia mista, empresas públicas, fundações, órgãos de assistência judiciária, bem como as associações constituídas a pelo menos um ano e que tenham entre suas finalidades institucionais a de proteger os interesses jurídicos em questão.

⁴³ MANCUSO, *ibidem*, p. 411.

Convém acatar, por fim, a admoestação de Kazuo Watanabe⁴⁴, para quem é injustificável e inadmissível a multiplicidade de demandas que tenham por objeto a tutela de interesses coletivos ou difusos, dadas as peculiaridades que cercam o tema dos limites subjetivos das sentenças proferidas nas ações dessa natureza⁴⁵. Isto porque, em virtude da especialidade de suas peculiaridades, não pode a ação civil ser tratada da mesma forma das lides intersubjetivas “do tipo *Tício versus Caio*, de tradicional vertente romanística”⁴⁶.

Esse modelo de tratamento judicial ao direito à saúde terá o condão de reforçar o caráter autônomo referido a uma dimensão de soberania que não pretende abrir mão da própria liberdade. Ao mesmo tempo, buscará alternativas para o estabelecimento de critérios de igualdade e se perguntará sobre a determinação dos lindes aceitáveis do bem-estar dos sujeitos de direito, na justa medida, em princípio, de uma compreensão procedimental da Constituição.

Em nome de uma visão substancial dos direitos subjetivos constitucionais, os casos omissos serão passíveis de análise pelo Judiciário, por intermédio de ações que tutelem a esfera individual desses sujeitos de direito, mas seu olhar estará sempre voltado para a realização do escopo jurisdicional que propugna o equilíbrio entre autonomia cidadã e o bem-estar da sociedade.

Para alcançar esse fim é indispensável, igualmente, que o Magistrado adote uma postura mais criativa na condução do processo, utilizando-se amplamente das faculdades previstas no CPC⁴⁷, quando da designação da audiência preliminar, que deverá manter a diretriz de realização da efetividade da jurisdição e, para tanto, diante da relevância da questão constitucional em jogo, poderá ouvir não só as partes envolvidas no suposto litígio relativamente ao direito à saúde, mas também servir-se da *opinio* dos operadores do sistema de saúde, ou de outros integrantes da sociedade civil.

Além disto, ressalte-se ainda ser imprescindível que o magistrado sirva-se constantemente das informações colhidas pelos setores técnicos dos órgãos das respectivas secretarias de saúde e estabeleça contatos diários com as centrais de regulação de leitos de unidades de terapia intensiva, com o intuito de melhor orientar suas decisões.

Assim agindo, o Estado-Juiz estará apto a compatibilizar a atuação da Magistratura, em seu agir decisório, com as balizas de um sistema que propugna a participação social e está comprometido com um modelo plural de gestão.

Em síntese, esse novo olhar para as pretensões aos serviços de saúde poderá fundamentar um agir judicial que, mesmo sendo efetivo na concretização dos direitos sociais, o faz sem perder

⁴⁴ WATANABE, K. Demandas Coletivas e os problemas emergentes da Práxis Jurídica. São Paulo: Revista dos Tribunais. Jul/Set 1992, Vol. 67, p. 15. No mesmo sentido, inclusive com a ponderação de soluções de *lege ferenda* para o caso, relativamente ao tópico “A demanda coletiva e sua relação com outras demandas”, examine-se Watanabe, Kazuo. Relação entre Demandas Coletivas e Demandas Individuais. In: WATANABE, Kazuo; MENDES, Aluisio Gonçalves de Castro; GRINOVER, Ada Pellegrini (Coord.) Direito Processual Coletivo e o Anteprojeto de Código Brasileiro de Processos Coletivos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007, p. 165-160.

⁴⁵ É inegável, portanto, que, à vista do “núcleo comum” (Mancuso, *ibidem*, p. 411) que identifica mutuamente essas ações, a eficácia atribuída a uma sentença que tutele interesses coletivos e difusos deve se estender a casos futuros análogos, mostrando-se injustificável, de fato, que tais ações sejam reiteradamente repetidas.

⁴⁶ MANCUSO, *ibidem*, p. 414.

⁴⁷ Brasil. Leis, decretos etc. Art. 331, CPC.

de vista a complexidade de seus critérios normativos constitucionais e sem negar as normas constitucionais ao alvitre de aplicá-las.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Direito Sanitário com enfoque na Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Lei n.º 8142 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 de saúde e outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. *Lei n.º 8080 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, DF: Ministério da Saúde, 1990b.

_____. Leis, decretos etc. Art. 16 de Lei 7347/1985.

DINAMARCO, C.R. *A instrumentalidade do processo*. 4 ed. São Paulo: Malheiros, 1994.

EISGRUBER, C.L. *Constitutional Self-Government*. Cambridge: Harvard University Press, 2001.

ELY, J.H. *Democracy and distrust*. Cambridge: Harvard University Press, 1980.

GRIFFIN, S.M. *The age of Marbury: Judicial Review in a Democracy of Rights* (September 3, 2003). Tulane Law School Working Paper n 2003-01, p. 14-17. <http://ssrn.com/abstract-441240>. Acesso em 15.01.2005.

HABERMAS, J. *Direito e Democracia entre facticidade e validade*, vol. II. Trad. Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HELLER, A. *Uma crise global da civilização: os desafios futuros*. In Heller [et al]. *A crise dos paradigmas em ciências sociais e os desafios para o século XXI*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

KOSELLECK, R. *Crítica e crise – Uma contribuição à patogênese do mundo burguês*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

MANCUSO, R.C. *Ação Civil Pública – em defesa do Meio Ambiente, do Patrimônio Cultural e dos Consumidores*. 9 ed. São Paulo: RT, 2004.

OLIVEIRA, M.S.C. *Democracia, Procedimento e Esfera Pública: Os Conselhos Gestores Setoriais como espaços inovadores de participação social*. Manuscrito.

_____. A importância da participação social para a efetivação do controle democrático no âmbito da saúde. In: XIII Encontro Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito – CONPEDI, 2004, Florianópolis. ANAIS DO XIII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2004.

ROSENFELD, Michel. *Law as Discourse: Bridging the gap between Democracy and Rights*. Harvard: Harvard Law Review, Vol. 108, nº 5 (Mar., 1995), p. 1163-1189.

TATE, C.N.; Valinder, Torbjörn. *The Global Expansion of Judicial Power*. New York: New York University Press.

TUSHNET, M. *Taking the Constitution Away From The Courts*. Princeton: Princeton University Press, 1999.

WALDRON, J. *Law and Disagreement*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

WARD, K.D. *The Politics of Disagreement: Recent Work in Constitutional Theory*. Review of Politics. Notre Dame: University of Notre Dame, vol. 65, n. 4, 2003.

WATANABE, K. *Demandas Coletivas e os problemas emergentes da Práxis Jurídica*. São Paulo. v. 67, jul./set. 1992.

_____. Relação entre Demandas Coletivas e Demandas Individuais. In: WATANABE, Kazuo; MENDES, Aluisio Gonçalves de Castro; GRINOVER, Ada Pellegrini (Coord.) *Direito Processual Coletivo e o Anteprojeto de Código Brasileiro de Processos Coletivos*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

SUS: o desafio de ser único

Carlos Octávio Ocké-Reis

Os grandes desafios estruturais, do financiamento, da relação público-privado (SUS – Saúde Suplementar) (...) demonstraram-se na prática de 20 anos (...) obstáculos ao SUS 'legal'

Nelson Rodrigues dos Santos (Documento Cebes, 27 jan. 2010)

A Constituição brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo re-distributivo, inspirado nas premissas igualitárias do Estado de bem-estar social europeu. Existem ali disposições legais para que cada cidadão evite o risco de adoecer, tenha suas necessidades médicas e hospitalares atendidas e trate de qualquer sofrimento resultante de lesão, independentemente de sua renda *per capita* domiciliar e de sua posição no mercado de trabalho (em resumo, sem contribuições relativas à renda) (MENICUCCI, 2007; CORDEIRO, 1991).

A reforma sanitária, em que a saúde é ‘um dever do Estado e um direito do cidadão’, procura combinar a adoção de programas capazes de garantir o acesso dos grupos vulneráveis e, ao mesmo tempo, inseri-los no sistema universal de saúde (FLEURY *et al.*, 2000), alocando recursos públicos para reduzir as desigualdades (PORTO, 2002), sem introduzir controles indiscriminados de custo ou a privatização do sistema (CAMPOS, 1997). Da óptica da organização das políticas do SUS, há ‘convergência’ entre igualdade e equidade, em que “igualdade e equidade seriam, respectivamente, a base da universalização e o foco das políticas sociais para os mais vulneráveis, de uma perspectiva da epidemiologia”, segundo a tipologia descrita por Medeiros (1999, p. 2).

No entanto, embora a Constituição considere a assistência à saúde um direito social, na prática, o sistema público de saúde universal e integral está em processo de construção, podendo-se dizer, sem esgotar o debate, que o

[...] subfinanciamento não permite a expansão da oferta do SUS a ponto de evitar o racionamento dos serviços, razão pela qual a demanda extra-SUS se sustenta. A universalização não se concluiu, já que ainda não consegue atender a todos qualitativamente. (ANDRADE; SALLES DIAS, 2009, p. 164).

Em outras palavras, apesar dos 20 anos de existência do SUS, o Estado enfrenta dificuldades para materializar o direito social constitucional do acesso universal e integral de atenção à saúde.

Nesse quadro, preocupa a hegemonia do mercado na arena setorial, a qual, de um lado, favorece a privatização do sistema de saúde brasileiro por meio do patrocínio do complexo médico-industrial privado, do mercado hospitalar e de planos de saúde, do empresariado médico e da ampliação de subsídios regressivos. De outro, estimula a mercantilização do SUS, a partir do descaso administrativo do ressarcimento; da generalização ilegal do copagamento; da existência de tabelas de pagamento descolada dos custos; da destinação de leitos públicos para o mercado; da apropriação particular dos hospitais universitários; e da desigualdade no acesso ao SUS pela clientela da medicina privada – em contexto de medicalização da sociedade e do consumismo desenfreado de bens, serviços e tecnologias.

No entanto, em razão das atuais circunstâncias históricas, as relações mercantis do setor saúde não serão extintas por decreto (OCKÉ-REIS, 2006). Em que pese a lógica excludente do mercado, encerrada nos lucros extraordinários e na radicalização da seleção de riscos, a sua negação precisa ser mediada na teoria e na prática, no contexto de uma estratégia defensiva de acúmulo de forças, que pressuponha uma agenda de reforma pública do sistema de saúde brasileiro em direção à consolidação do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e à unicidade do SUS.

Em um primeiro exame, a não-unicidade vigente repousa no legado da medicina liberal, na herança filantrópica e capitalista das instituições de saúde, no patrimonialismo do mercado (gestão particular da coisa pública) ou, ainda, em seu parasitismo. Olhando-se mais de perto, entretanto, pode-se constatar que o mercado de planos de saúde possui uma relação econômica estrutural com o Estado, a qual precisa ser melhor compreendida pelos analistas das políticas de saúde: o Estado socializa o custo de reprodução da força de trabalho, em especial do mercado formal que constitui parcela econômica e politicamente significativa da População Economicamente Ativa (PEA).

Para contribuir com esse debate, que procura examinar meios que dotem o SUS de sua característica de único, este capítulo está organizado da seguinte forma: a próxima seção aborda a contradição do financiamento do SUS à luz da Constituição de 1988. Na segunda seção são debatidos os problemas de gestão do SUS no bojo do subfinanciamento do setor saúde, enquanto na terceira se critica a política de fomento ao mercado. Na quarta seção, reforça-se a ideia que esse setor manteve relações estruturais com o Estado desde o seu nascimento. A problematização da ‘não-unicidade’ do SUS é apresentada na penúltima seção, ao passo que, na última, fazem-se as considerações finais.

Contradições do SUS

A criação do SUS é um legado das crenças democráticas e socialistas que surgiram durante a redemocratização do Brasil, em meados dos anos de 1980, com o apoio dos partidos políticos progressistas e dos movimentos sociais e intelectuais da esquerda, inspirados nas experiências universalistas dos sistemas nacionais de saúde (FLEURY *et al.*, 2007; RODRIGUEZ NETO, 2003).

Da ótica da economia da saúde, é possível explicar esse movimento a partir da abordagem de Sen (1999), para quem as atividades do setor de saúde lidam com uma racionalidade contrária à dinâmica do mercado. Em linha análoga, a teoria da justiça de Rawls (1997), que se funda em noções de ‘justiça e imparcialidade’, parece contribuir para valorizar uma dimensão ética da economia da saúde, a qual acaba por questionar o utilitarismo das preferências individuais, omissa em relação à distribuição da riqueza (GAYNOR; VOGT, 1998).

O paradigma da justiça social demarca, assim, um rompimento com a abordagem da preferência:

[...] a justiça social não é uma questão de preferência individual e seu julgamento é feito independentemente do escrutínio dos indivíduos, com base em seus próprios interesses [...] deriva (a rigor) de um conjunto de valores e princípios que são extrínsecos às preferências que as pessoas deveriam ter como direito. (CULYER, 1980 *apud* WAGSTAFF; DOORSLAER, 2000, p. 1.807).

Por causa da extrema pobreza e da desigualdade social no Brasil (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2000) era de se esperar uma associação entre essa abordagem ética da economia da saúde e a referência aos direitos sociais, como estabelecidos na Constituição, já que o processo de democratização reivindicava a implantação de uma assistência à saúde universal. Não é à toa que a saúde é considerada uma questão de interesse público (artigo 197 da Constituição Federal), sejam as entidades públicas, privadas com ou sem fins lucrativos (GRAU, 1992).

Mas por qual motivo não se produziu uma cobertura plenamente universal? Por que os princípios estabelecidos na Constituição, com base no modelo europeu de bem-estar, não se realizaram no seu todo?

Para começar, vê-se a existência de sistemas públicos e privados concorrentes. Apesar de a Constituição do Brasil designar que a assistência à saúde é direito social e que os recursos devem ser alocados com base na necessidade de utilização e não pela capacidade de pagamento, parte dos cidadãos pode ser coberta por planos privados de saúde e, ao mesmo tempo, utilizar os serviços do SUS, resultando na dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou podem ser financiados pelos empregadores: trabalhadores de média e alta renda, executivos e funcionários públicos.

Dito de outra maneira, a despeito de uma base de oferta tecnológica assemelhada, o paralelismo do funcionamento do mercado de planos de saúde, uma vez portador de valores e interesses contraditórios em relação às diretrizes constitucionais na área da saúde, produz efeitos

nocivos sobre o SUS, no que se refere à regulação (ausência de planejamento), ao financiamento (elevação dos custos com a duplicação de procedimentos médico-hospitalares, renúncia de arrecadação fiscal, boicote ao ressarcimento, socialização de custos a partir de bens públicos como o banco de sangue, programa de imunização etc.), à organização dos profissionais de saúde (dupla ou tripla militância), à regulação da incorporação tecnológica (pressão do complexo médico-industrial privado) e à equidade de acesso (dupla porta de entrada, dada a capacidade de pagamento da clientela da medicina privada).

Em segundo lugar, o Estado não induziu a democratização das instituições que regulamentam os médicos liberais e os prestadores de hospitais privados; tampouco a reforma sanitária brasileira pôde adotar postura mais publicista em relação a esse setor privado, que serviu de base, por exemplo, para a constituição do sistema de saúde inglês no pós-guerra; ou, ainda, pôde erguer estruturas neocorporativas, como no seguro social alemão, o qual organizou os interesses dos trabalhadores e dos empregadores em instituições autorreguladas, mas hierarquizadas pelo Estado (BROWN; AMELUNG, 1999; WENDT; ROTHGANG; HELMERT, 2005).

Em terceiro lugar, os planos de saúde foram patrocinados pelo padrão de financiamento público (isenções fiscais) desde 1968, seguindo, nesse aspecto, o modelo liberal dos Estados Unidos, o qual se fundamenta em subsídios e em benefícios do empregador. Assim como lá, tais planos fazem *lobby* aqui no Congresso nacional sobre questões-chave da assistência à saúde, evitando a ampla negociação entre as partes interessadas para fortalecer o sistema público. Esse quadro se torna mais preocupante, uma vez que os trabalhadores do polo dinâmico da economia estão cobertos pelo mercado de planos de saúde, e seus representantes políticos não apoiam o SUS no Congresso como seria necessário. Esse tipo de ‘americanização perversa’ vicia o processo decisório republicano com base na justiça social, além de ajudar a produzir uma cobertura residual e segmentada da atenção à saúde (VIANNA, 1998).

Apesar do legado do SUS, que considera a assistência à saúde um direito social e questão de interesse público, o Estado não tem sido capaz de garantir que este preste na sua totalidade serviços de saúde para trabalhadores do setor privado e funcionários públicos que, em maior ou menor grau, têm ‘voz, voto, mídia e dinheiro’, por causa da contradição entre o modelo redistributivo definido na Constituição e o nível de gasto público em saúde, dando margem ao fortalecimento do mercado de planos de saúde.

Para ser suplementar, esse mercado deveria, a rigor, cobrir tão-somente o estrato superior de renda, que detém capacidade de pagar ao subsistema privado. Parece sem sentido importar o *managed care* norte-americano (STOCKER; WAITZKIN; IRIART, 1999), uma vez que o setor privado aumentaria, enquanto o gasto público em saúde seria reduzido pelas políticas de privatização e de renúncia fiscal. Um arranjo curioso foi empregado no sistema de saúde holandês até 2005: os que ganhavam acima de certa faixa foram excluídos da cobertura do seguro social holandês (THOMSON; MOSSIALOS, 2006). De certo modo, aquela contradição mencionada acima nasce da própria redação da Constituição, no que se refere à assistência à saúde: de um lado, é livre à

iniciativa privada (artigo 199); de outro, é direito do cidadão (artigo 196) – minando o financiamento público em saúde (OCKÉ-REIS, 2005a).

Na próxima seção, apresenta-se o debate sobre o financiamento do sistema público de saúde, cuja insuficiência é uma barreira concreta para alinhar o SUS a seu mandato constitucional.

Financiamento do SUS e eficiência do gasto

A Constituição de 1988 previu um modelo de financiamento adequado para garantir a cobertura universal? A partir da criação do OSS, esperava-se, ao menos, superar a fragilidade do modelo prévio de seguro social – financiado com base na folha de salários – por meio do alargamento e da diversificação da base de financiamento.

Contudo, a necessidade de superar o gargalo do financiamento do setor público foi interdita no nascedouro com o desmonte do OSS, pois os 30% indicados nas disposições transitórias da Constituição foram derrubados, anunciando longa crise crônica de financiamento do SUS (MARQUES; MENDES, 1999). O sistema de saúde nacional do Reino Unido é semelhante ao que é descrito na Constituição brasileira, e seu gasto público em saúde absorve 85,7% de todos os recursos alocados à saúde (MAYNARD, 2005).

Nesse quadro, a política fiscal contemporânea (CASTRO *et al.*, 2008), refém em última análise do pagamento dos encargos financeiros da dívida pública, acabou por restringir o gasto público em saúde no Brasil, dificultando tanto que o SUS assegurasse o acesso universal e integral, como superasse seus problemas de gestão. Todavia, se a gestão do SUS pode ser melhorada, este argumento não deve ser usado como instrumento para a adoção do controle indiscriminado de custos.

É possível sustentar este último ponto de vista a partir da discussão do próprio conceito de eficiência, entendido como a relação entre o valor dos recursos consumidos e os resultados obtidos. Logo, as medidas de eficiência podem mensurar quanto poderia ser produzido com os recursos existentes ou quais recursos deveriam ter sido consumidos para atingir determinado resultado. Tais avaliações são importantes na área da assistência à saúde, em que a eficiência é mensurada pela eficácia do tratamento e não por simples mecanismo de mercado (MARINHO; FAÇANHA, 2001).

O Banco Mundial pensa que “aumentar a eficiência e efetividade na utilização dos recursos de saúde para conter a escalada dos custos talvez seja o maior desafio enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro” (WORLD BANK, 2007, p. i).

Sem dúvida, tanto é necessário aumentar os gastos sociais quanto garantir a alocação eficiente (MUSSI; AFONSO, 2008). Afinal, quem argumentaria contra a introdução de um programa governamental ou de um serviço hospitalar mais barato, abrangente e eficaz? É desejável, portanto, melhorar a eficiência do SUS.

Contudo, o que está por trás dessa tese do Banco Mundial? Identifica-se de forma pouco criteriosa o conceito de eficiência com a noção de contenção de custo, sem responder se a suposta ineficiência do SUS pode ter sido causada pelos escassos recursos públicos de custeio e investimento aplicados no sistema.

Nessa linha, alguns analistas acreditam que o SUS já despense dinheiro suficiente e que bastaria otimizar o gasto, por exemplo, pelo aumento da taxa de ocupação de leitos ou pela redução dos gastos hospitalares – mediante a expansão e a melhoria da medicina preventiva e dos serviços ambulatoriais (PINHEIRO, 2008).

Todavia, se é desejável otimizar o gasto e se a adoção das medidas mencionadas são meritórias sob a óptica da organização do sistema e da perspectiva da qualificação da atenção médica, seu êxito pode prescindir – ao contrário – da ampliação dos recursos financeiros. Além do mais, no mundo dos negócios ou no da administração pública, poderá sempre haver certo nível de ineficiência causada por condutas gerenciais inadequadas (idiosincrasias), por imprecisão das metas ou dos processos organizacionais (MARINHO; FAÇANHA, 2001).

Desse modo, a indagação correta a ser feita é: a contenção dos custos poderia agravar os problemas de gestão do SUS e a sua alegada ineficiência sistêmica?

Na verdade, o incremento da eficiência não deve ser tomado como desculpa para cortar recursos financeiros ou organizacionais do SUS, bem como as filas em um sistema universal de saúde não podem servir como justificativa para restringir o acesso. A rigor, considerando o custo de oportunidade relativo à alocação de recursos para a saúde (tomando-se em conta sua destinação a outros setores sociais), a melhor prática se pareceria com aquela ação racional realizada para ‘valorizar o dinheiro’ na execução dos serviços médico-hospitalares, prestados com o objetivo de garantir e melhorar as condições de saúde da população (melhor alocação, incentivos contratuais, meio ambiente e tecnológico adequado, incremento da produtividade, corte de desperdícios, combate à corrupção etc.).

Em outras palavras, a adoção de medidas de eficiência capazes de levar a melhores práticas não pode servir de base para que se corte o nível de recursos financeiros ou organizacionais do SUS; pelo contrário, a melhoria da eficiência traz a possibilidade, na realidade, de exigir o aumento dos gastos. Essa hipótese merece séria reflexão, em especial quando economistas renomados internacionalmente, ao analisar o sistema americano, sugerem que há pouca evidência de que “[...] o setor privado possa oferecer assistência à saúde mais eficiente do que a oferecida pelo governo” (KRUGMAN; WELLS, 2006, p. 2).

Para ser responsável com a proposição de reivindicar mais recursos para o SUS, na perspectiva inclusive de melhorar a gestão, deve-se lembrar que o crescimento dos gastos públicos tem meios limitados. Desse modo, o governo que preze o bem-estar social da sua população não pode fechar os olhos diante da tendência de custos crescentes da assistência médica (REMLER; BROWN; GLIED, 2005), mas isso não invalida constatar que, no dizer de Marmor e Boyum (1994), quanto mais ‘americanizado’ o sistema, mais exacerbada será sua segmentação e privatização.

Crítica à política de fomento ao mercado

A noção de “universalização excludente” (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990), cunhada para designar a associação entre a ‘expansão por baixo’, pela inclusão de milhões de pobres e indigentes, e a ‘exclusão por cima’, pela busca de atendimento diferenciado junto aos planos de saúde pelas

classes médias, não explorou o seguinte fato: ocorreu migração da clientela do seguro social para o mercado de planos de saúde.

Nesses termos, poder-se-ia enunciar que, simultaneamente à implantação do SUS, houve privatização do seguro social, engrossando o número de consumidores de planos privados, ajudando a promover um sistema duplicado, que reproduz desigualdades sociais e aprofunda iniquidades de acesso dentro do sistema de saúde (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009).

Em outras palavras, como ao SUS não foi possível – nem poderia ter sido, em razão dos poucos recursos financeiros – atrair a classe média e o polo dinâmico da força de trabalho, o fim do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) acabou sintetizando um movimento iniciado em 1968 com os convênios entre o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e as empresas, quando seus segurados passaram a ser cobertos por esquemas privados. Disso se conclui que ocorreu a privatização do seguro social, o que, somado ao crescimento ‘endógeno’ do mercado de planos, interditou o projeto estratégico do SUS, o projeto da reforma sanitária.

Apesar da base de oferta assemelhada, os subsistemas público e privado passam, assim, a concorrer paralelamente; isto é, o subsistema privado não funciona em sinergia com o SUS. Segundo classificação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) (2004), o Brasil teria um modelo duplicado, em que o mercado oferece cobertura duplicada a quase todos os serviços já oferecidos pelo setor público, mas a clientela da medicina privada continua a contribuir e a usufruir o sistema público (WASEN; GREB; OKMA, 2004).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo industrializado e o segundo dentre os países no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, em número de transplantes de órgãos. Presta assistência à saúde para milhões de pessoas, a qual vai desde assistência básica até tratamentos que envolvem complexidade tecnológica média e alta, bem como serviços de emergência. Além disso, conta com excelente programa de vacinação e um programa de vírus da imunodeficiência humana (HIV) reconhecido internacionalmente. Realiza também pesquisa em diversas áreas da ciência, inclusive, com célula-tronco.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é o principal esforço do governo brasileiro para melhorar a assistência básica, oferecendo uma variedade de serviços preventivos e curativos de assistência à saúde, prestados por equipe composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e diversos agentes de saúde comunitários. O principal objetivo do programa é alcançar o acesso universal à assistência primária para todos os cidadãos.

A despeito dos problemas relativos ao acesso, os custos catastróficos recaem principalmente sobre o sistema público, que oferece transplantes, tratamentos de câncer, cirurgia cardíaca, assistência em longo prazo e hemodiálise. Esse fato explica a ampla prestação pública de serviços caros e sofisticados para os consumidores do sistema privado. Ademais, os pacientes de alto risco e com doença crônica retirados dos planos de saúde são atendidos pelo SUS, sem que haja qualquer transferência financeira significativa ao sistema público – apesar da figura do ressarcimento (HEIMANN; IBANHES; BARBOZA, 2005).

Contudo, permanecem os problemas relativos ao financiamento e à gestão do sistema. Mais abertamente, existem problemas como: a alta prevalência de doenças crônicas entre grupos de mais baixa renda; os surtos de dengue e febre amarela; o acesso restrito e as listas de espera desorganizadas para os serviços especializados; os pacientes de baixa renda e pobres que são deixados em espera nas salas de emergência dos hospitais; gastos altos e regressivos com medicamentos (desembolso direto); baixo nível de investimentos; falta de médicos em regiões mais carentes e mesmo nos estabelecimentos públicos das grandes cidades brasileiras, uma vez que os médicos são mais bem remunerados em estabelecimentos privados etc. Sem mencionar os problemas sociais que afetam diretamente o sistema, tais como pobreza, injustiça, violência, acidentes de trânsito, baixos níveis de educação e cultura, condições sanitárias precárias (MARINHO, 2004; CERQUEIRA *et al.*, 2007; MESA-LAGO, 2007; UGÁ; SANTOS, 2007).

Para reverter esse quadro, é necessário radicalizar a proposta em torno de uma fonte de financiamento estável – que é defendida por amplos setores da sociedade e por instituições de Estado (IPEA, 2008) – pois é um caminho viável para atenuar a contradição entre o modelo redistributivo descrito na Constituição e o nível de gasto público. Em vez disso, o governo federal patrocina o consumo de planos privados de saúde pelas famílias, pelos empregadores e por seus próprios funcionários – por meio da renúncia de arrecadação fiscal e de outros mecanismos – pois o sistema público não tem conseguido atrair a força de trabalho, em particular para a cobertura das consultas especializadas, dos exames diagnósticos, das terapias avançadas (serviços ambulatoriais) e das cirurgias eletivas (leitos para hospitalização).

Esse subsídio do governo, que patrocina o consumo dos planos de saúde, privou o SUS de recursos financeiros, os quais poderiam ser utilizados para ampliar a cobertura e incrementar a qualidade, para não falar dos efeitos inequitativos da renúncia de arrecadação fiscal (redistribuição para os estratos superiores de renda). A presença desses incentivos governamentais permite que se aceite como plausível que os mecanismos privados de financiamento tendem a minar o financiamento público da assistência à saúde, e esse fenômeno não se dá exclusivamente no Brasil (TUOHY, FLOOD; STABILE, 2004; FLOOD, STABILE; TUOHY, 2002).

Parece grave, assim, notar o paralelismo do mercado de planos de saúde em relação ao SUS, considerando o tamanho do mercado de planos de saúde, o nível dos gastos privados das famílias e as restrições fiscais postas à universalização do acesso e à utilização integral dos bens e serviços providos pelo SUS.

Mercado de planos de saúde: uma criação do estado?

A expansão e a consolidação do mercado de planos de saúde se deram a partir do apoio sistemático do Estado, na ausência da hegemonia do setor público de saúde e mais recentemente do próprio SUS, o que não é apenas um movimento localizado na conjuntura. Sendo assim, à primeira vista, a articulação econômica entre Estado e mercado pode ser explicada mediante o papel cumprido pelas políticas de saúde na sociedade capitalista contemporânea no tocante à reprodução da força de trabalho (OCKÉ-REIS, ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Em outras palavras, como tais políticas são relevantes do ponto de vista político e social, em especial os serviços prestados aos trabalhadores do mercado formal de trabalho, os quais compõem parcela significativa da PEA, o Estado agiria, por meio do fundo público, favorecendo as condições de rentabilidade do mercado, resolvendo, em parte, a pressão pelo restabelecimento de preços inacessíveis no mercado. Em suma, esse processo econômico é marcado pela dimensão política, admitindo-se que o Estado assuma a organização de atividades privadas por razões ligadas a problemas de rentabilidade do capital ou de legitimação.

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

Como então esse consumo foi viabilizado, considerando as restrições orçamentárias a ele (o nível de renda)? O Estado patrocinou um conjunto de incentivos governamentais nos últimos quarenta anos: (i) diretos: (a) financiamento a juros negativos para a construção de instalações hospitalares e para a compra de equipamentos médicos, com longo prazo de carência, que beneficiou as empresas de medicina de grupo; (b) alguns planos que desempenhavam atividades lucrativas foram considerados estabelecimentos filantrópicos, implicando uma série de privilégios no campo fiscal e previdenciário; (ii) indiretos: (a) permissão às firmas para descontar ou devolver parte da contribuição previdenciária principalmente a partir dos convênios INPS-INAMPS/empresa, os quais definiam que os atendimentos mais caros deveriam ser prestados pelo Estado; (b) estabelecimento de normas que abriram, no campo jurídico, um espaço favorável à sua expansão. A partir da década de 1990, apesar da criação do SUS, a convergência desses fatores permitiu a consolidação dos planos de saúde.

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

Em vista de tais custos crescentes, o mercado alimenta-se de recursos do padrão de financiamento público, que ao lado da seleção de riscos – que exclui consumidores, em especial os doentes crônicos e idosos, garante suas condições de rentabilidade. Em última instância, a viabilidade econômica das empresas foi sinalizada pela ação do Estado, consentindo lucros extraordinários. De qualquer modo, é difícil antever de que maneira a entrada do capital financeiro e a concentração do mercado repõem esse dilema.

Por um lado, as seguradoras especializadas de saúde e empresas de medicina de grupo líderes – cujas corporações (*holdings*) detêm ações no mercado de capitais – possuem claras vantagens

econômicas e administrativas para se contrapor à dinâmica dos custos crescentes, e parecem exigir a introdução da atenção médica gerenciada (*managed care*). Por outro, a tendência à concentração do mercado de planos se constituirá em fator não só para explicar o aumento de preços, mas também para tornar crível a ameaça de captura da ANS pelos grandes grupos econômicos, em contexto no qual se aposta que tal concentração seria peça-chave para resolver a insolvência de parte das operadoras de pequeno e de médio porte.

De qualquer maneira, destinada a uma base social com poder de contestação na arena política, a renúncia, as isenções fiscais e o ressarcimento aparecem como um 'nó-górdio' para os defensores da unicidade do SUS.

Paradoxo da 'não-unicidade' do SUS

Quais seriam então os desafios para reverter esse paradoxo, da não-unicidade, no sentido de construir um sistema de proteção social na área da saúde, tendo como norte as experiências exitosas do universalismo europeu? O mercado dos planos de saúde virou solução? Sem dúvida, o modelo liberal não foi aquele adotado pela maioria dos países desenvolvidos, que fazem parte da OCDE.

Nos Estados Unidos, em plena crise econômica internacional, o presidente Obama ataca o mercado de planos e propõe uma ampliação da intervenção governamental devido aos altos custos que o modelo privado impõe ao sistema de saúde estadunidense. Por sua vez, no Brasil, após a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) – que foi capitaneada pela oposição em fins de 2007 –, o Congresso Nacional não tem mostrado pressa em aprovar a regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29 e a Contribuição Social da Saúde – apesar de sua alíquota de 0,1% ser insuficiente para resolver os problemas de financiamento do SUS.

Faz-se necessário afirmar os fundamentos constitucionais do SUS, que está investido legalmente da tarefa de alargar o direito social à saúde, com o propósito de convencer a sociedade da superioridade do modelo universal. Não basta, contudo, construir um programa mínimo em defesa do SUS, o qual negue a sua não-universalidade – para que este deixe de negar-se enquanto direito social, seja para superar essa crise de legitimidade, seja para disputar a hegemonia com o objetivo de mudar as relações de poder. Deve-se também questionar a não-unicidade do SUS, de modo que esse obstáculo não permita a reprodução de um mercado que historicamente socializou e socializa seus custos com o padrão de financiamento público e, mais recentemente, com o próprio SUS.

Ao lado da defesa do SUS, a agenda de reforma deve reivindicar que a regulação do mercado seja polarizada pela lógica do seguro social e que o mercado passe a funcionar sem recursos financeiros do Estado, sob pena de que a tese correta, aquela contrária à estratificação de clientela, continue impotente, na prática, para barrar o parasitismo do mercado de planos de saúde em relação ao Estado, ao padrão de financiamento público e ao próprio SUS. Sem a destinação de expressivas subvenções estatais, uma vez que o mercado fosse tensionado pelo mutualismo, estariam dadas as condições objetivas para torná-lo, de fato, suplementar (OCKÉ-REIS, 2005b).

Desde o advento do SUS, a presença do setor privado, embora não desejada pelos sanitaristas, acabou sendo naturalizada no sistema de saúde brasileiro, tirando força da crítica ao mercado de planos. Mas não foram tão-somente as eventuais fragilidades do SUS que proporcionaram o crescimento dos planos de saúde. Ao contrário: esse crescimento foi gritante, porque contou com incentivos governamentais no contexto do desfinanciamento do SUS, da crise fiscal do Estado e da ofensiva neoliberal. Nessa perspectiva, a alegação de que o mercado desafogou financeiramente o SUS serve de apoio ideológico aos interesses liberais e capitalistas, porém, na verdade, esconde a história que permitiu a criação do mercado pelo Estado, estruturando um modelo de proteção social de matriz liberal em contraposição ao modelo de atenção à Saúde Pública, definido na Constituição de 1988.

Diante do mercado de planos de saúde, é preciso reverter a lógica de atuação do Estado, que, por meio do fundo público, vem favorecendo as condições de rentabilidade das operadoras, resolvendo, em parte, a pressão dos custos e dos preços crescentes. Na verdade, ou se estatiza o sistema (radicalizando o papel ‘intervencionista’ do Estado) ou se mantém a forma privada de atividades socialmente importantes, aplicando mecanismos de subvenção estatal (incentivos governamentais) (BAYER; LEIS, 1986).

Nesse último caso, tais incentivos expressam uma relação estrutural marcante entre o Estado e o mercado, decorrente da lógica de acumulação dos planos de saúde que pressupõe o padrão de financiamento público, embora essa conexão ganhe novos parâmetros com a recente consolidação do capital financeiro e a acelerada concentração do setor: a recente associação da Bradesco com a ODONTOPREV e a compra da AMIL pela Medial repetem, de forma desavisada, o caso norte-americano, em que a ‘monopolização’ do mercado não se mostrou adequada para resolver os gastos das famílias com planos, reproduzindo a iniquidade do sistema de saúde.

Esse paradoxo da não-unicidade no terreno da análise das políticas de saúde, a partir das contradições econômicas do mercado de serviços de saúde, abre espaço para se refletir sobre a necessidade de tensioná-lo pela lógica do seguro social bismarkiano ou de se aplicar um modelo canadense híbrido de único pagador (*single-payer*, associado a formas privadas de custeio). O planejamento do sistema de saúde brasileiro entre o SUS e um ‘mercado mutualista’ (em substituição progressiva àquele tipicamente capitalista) reforçaria – taticamente – os pressupostos igualitários do SUS em direção ao seu projeto estratégico, entendido no sentido enfatizado por Paim (2008): movimento pela democratização da saúde.

Em suma, a agenda sanitarista deve examinar a pertinência de adotar o eixo da reforma pública do mercado, exigindo a incorporação de uma lógica próxima ao seguro social público, sob pena de que a luta correta contra a estratificação de clientela continue ‘impotente’ politicamente para barrar a contaminação do SUS pelo mercado.

Considerações finais

Como os formuladores de política podem lidar com essa tensão entre as aspirações de constituir um sistema de saúde universal e as restrições financeiras do Estado? Parece haver contra-

dição entre o modelo redistributivo preconizado na Constituição brasileira e o nível de gasto público em saúde no Brasil.

O Ministério da Saúde (MS) e os governos estaduais e municipais podem melhorar a eficiência do SUS mediante a alocação de maiores recursos com base na necessidade, incrementando suas ações para aumentar o impacto do gasto público na qualidade da atenção médica. Considerando, igualmente, que os mecanismos privados de financiamento tendem a exercer impacto negativo sobre o financiamento público, se critica aqui a renúncia de arrecadação fiscal, sem o exame prévio da eficiência e da equidade de sua aplicação sobre o acesso ao sistema de saúde.

Paralelamente, o MS deve tensionar o mercado a aceitar a saúde enquanto uma questão de interesse público, fortalecendo o papel intervencionista da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de modo a negar e superar a não-unicidade do SUS. Em outras palavras, a eficácia da regulamentação dessa atividade privada de interesse público pressupõe sua articulação com o regime de concessão de serviços públicos – mudando democraticamente as normas que designam a assistência à saúde como livre à iniciativa privada (artigo 199 da Constituição Federal e artigo 21 da lei nº 8.080/1990). No terreno do mercado, a inovação repousaria na criação de um tipo de propriedade privada de interesse público (GENRO, 1999), em direção a novos modos de intermediação do financiamento dos serviços privados.

No seu cotidiano, o SUS deve estar preparado para incorporar progressiva e integralmente os operários, os assalariados e os funcionários públicos, tornando sua defesa mais influente no Congresso Nacional. Apesar do clima de incerteza em torno do futuro da reforma fiscal e do OSS, a criação de fonte financeira estável para o setor da saúde tornaria a promessa da constituição do sistema de saúde universal uma realidade mais próxima dos trabalhadores e cidadãos brasileiros.

Referências

- ANDRADE, E.I.G.; SALLES DIAS, P.P. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: LOBATO, L.V.C.; FLEURY, S. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 160-172.
- BARROS, R.P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil. In: HENRIQUES, R. (Ed.). *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. p. 21-47.
- BAYER, G.F.; LEIS, H.R. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. *SS & Sociedade*, n. 22, p. 103-125, 1986.
- BROWN, L.D.; AMELUNG, V.E. 'Manacled competition': market reforms in German health care. *Health Affairs*, v. 18, n. 3, p. 76-91, 1999.
- CAMPOS, G.W. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CASTRO, J.A. de et al. *Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005*. Brasília: IPEA, 2008 (Texto para Discussão, n. 1.324).
- CERQUEIRA, D.R.C. et al. *Análise dos custos e conseqüências da violência no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 2007. Texto para Discussão, n. 1.284.
- CORDEIRO, H.A. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.
- FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados*, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

- FLEURY, S. Reshaping health care systems in Latin America: toward fairness? In: FLEURY, S.; BELMARTINO, S.; BARIS, E. (Ed.). *Reshaping health care systems in Latin America. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. Canada: International Development Research Centre, 2000. p. 225-262.
- FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. *Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.
- FLOOD, C.M.; STABILE, M.; TUOHY, C.H. The borders of solidarity: how the countries determine the public/private mix in spending and the impact on health care. *Health Matrix: The Journal of Law-Medicine*, v. 12, n. 2, p. 297-356, 2002.
- GAYNOR, M.; VOGT, W.B. What does economics have to say about health policy anyway? A comment and correction on Evans and Rice. In: PETERSON, M.A. (Ed.). *Health markets? The new competition in medical care*. London: Duke University Press, 1998. p.110-28.
- GENRO, T.F.H. *O futuro por armar*. Democracia e socialismo na era globalitária. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GRAU, E. O conceito de "relevância pública" na Constituição de 1988. In: DALLARI, S.G. (Ed.). *O conceito constitucional de relevância pública*. Brasília: OPAS, 1992. p. 13-20. Série Direito e Saúde, n. 1.
- HEIMANN, L.S.; IBANES, L.C.; BARBOZA, R. (Ed.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: HUCITEC, OPAS, IRDC, 2005.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Boletim de Políticas Sociais*, n. 15. Brasília, DF: IPEA, mar. 2008.
- KRUGMAN, P.; WELLS, R. The health care crisis and what to do about it. *The New York Review of Books*, 53(5), 2006. Disponível em: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2006/mar/23/the-health-care-crisis-and-what-to-do-about-it/>. Acesso em: 4 dez. 2007.
- MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; SOUZA, M.F.M. de. Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 601, p. 13-19, 2006.
- MARINHO, A. *Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Texto para Discussão, n. 1.055.
- MARINHO, A.; FAÇANHA, L.O. *Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. Texto para Discussão, n. 787.
- MARMOR, T.R.; BOYUM, D. Reflections on the argument for competition in medical care. In: MARMOR, T.R. (Ed.). *Understanding health care reform*. New Haven: Yale University Press, 1994. p. 139-45.
- MARQUES, R.M.; MENDES, A.N. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 5, 1999, Salvador. *Anais V Encontro Nacional de Economia da Saúde*. Salvador: Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1999. p. 213-238.
- MAYNARD, A. (Ed.). *The public-private mix for health: plus ça change, plus c'est la même chose?* United Kingdom: Nuffield Trust, 2005.
- MEDEIROS, M. *Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde*. Brasília, DF: IPEA, 1999. Texto para Discussão, n. 687.
- MENICICCI, T.M.G. *Público e privado na política de assistência à saúde: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- MESA-LAGO, C. O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade. *Nueva Sociedad* (in Portuguese), 2007. Disponível em: [HTTP://WWW.NUSO.ORG/UPLOAD/PORTUGUES/2007/MESALAGO.PDF](http://www.nuso.org/upload/PORTUGUES/2007/MESALAGO.PDF). Acesso em: 30 jun. 2008.
- MUSSI, C.; AFONSO, J.R.R. Como conciliar desenvolvimento econômico com bem estar social? *Nueva Sociedad*, 215, Mayo-Jun. 2008. Disponível em: www.nuso.org/upload/articulos/3527_2.pdf. Acesso em: 30 jun. 2008.
- OCKÉ-REIS, C.O. O público e o privado na saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2722-2724, 2006.
- _____. Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público. *RAP*, v. 39, n. 6, p. 1.303-1.318, 2005a.
- _____. A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para criação de *benchmarks*. In: PIOLA, S.F.; JORGE, E.A. (Org.). *Prêmio em economia da saúde: 1º Prêmio Nacional – 2004*. Brasília, DF: IPEA-DFID, 2005b. p. 289-324.
- OCKÉ-REIS, C.O.; ANDREAZZI, M.F.S. DE; SILVEIRA, F.G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? *Revista de Economia Contemporânea*, v. 10, n. 1, p. 157-185, 2006.

OCKÉ-REIS, C.O.; SOPHIA, D.C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 72-79, 2009.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Proposal for a taxonomy of health insurance*. Paris: OECD Health Project, 2004.

OLIVEIRA, F. O surgimento do antivisor. Capital, força de trabalho e fundo público. *Novos Estudos CEBRAP*, n. 22, p. 8-28, out. 1988.

PAIM, J.S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PINHEIRO, A.C. Saúde: promessa social, desafio econômico. *Valor on line*, 20 jun. 2008. Disponível em: www.valoronline.com.br/valoreconomico/285/primeirocaderno/opinia/Saude+promessa+social+desafio+econ%0c3%0b4mico,,58,4995209.html. Acesso em: 30 jun. 2008.

PORTO, S.M. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 939-957, 2002.

RAWLS, J. *Uma Teoria da Justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997. REMLER, D.K.; BROWN, L.D.; GLIED, S.A. Market versus state in health care and health insurance: false dichotomy. In: NELSON, R.R. (Ed.). *The limits of market organization*. New York: Russell Sage Foundation, 2005. p. 213-230.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

SEN, A. *Sobre ética e economia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. STOCKER, K.; WAITZKIN, H.; IRIART, C. The exportation of managed care to Latin America. *The New England Journal of Medicine*, v. 340, n. 14, p. 1.131-1.136, 1999.

THOMSON, S.; MOSSIALOS, E. Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands. *Journal of European Social Policy*, v. 16, n. 4, p. 315-327, 2006.

TUOHY, C.H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 29, n. 3, p. 359-396, 2004.

UGÁ, M.A.D.; SANTOS, I.S. An analysis of equity in Brazilian health system financing. *Health Affairs*, v. 24, n. 4, p. 1.017-1.128, 2007.

VIANNA, M.L.T.W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan/ Ucam/ IUPERJ, 1998.

WAGSTAFF, A.; DOORSLAER, E.V. Equity in health care finance and delivery. In: CULYER, A.J., NEWHOUSE, J.P. (Eds.). *Handbook of health economics*. Netherlands: Elsevier, 2000. 1B, p. 1.803-1.862.

WASEN, J.; GREB, S.; OKMA, K.G.H. The role of private health insurance countries. In: SALTMAN, R.; BUSSE, R.; FIGUERAS, J. (Eds.). *Social health insurance in Western Europe*. England-USA: Open University Press; 2004. p. 227-247.

WENDT, C.; ROTHGANG, H.; HELMERT, U. *The self-regulatory German health care system between growing competition and state hierarchy*. Bremen: University of Bremen, 2005 (TranState Working Paper, n. 32).

WORLD BANK. *Governance in Brazil's unified health system (SUS)*. Raising the quality of public spending and resource management. Brazil: World Bank Group, 2007. Report n. 36.601-BR.

A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação

Ligia Bahia

Introdução

Nesse momento em que a crise econômica questiona os fundamentos da ordem global neoliberal, as interrogações sobre a conformação pública e privada dos sistemas de saúde são reavivadas. A ascensão das demandas de intervenção do Estado na vida econômica e social atualiza e endereça novos desafios ao debate sobre a superioridade do público sobre o privado, subjacentes às distintas matrizes interpretativas das relações entre saúde e desenvolvimento social.

Diante das perspectivas de desemprego, queda do crescimento dos salários reais, estagnação ou decréscimo das taxas de lucro e das taxas de produtividade do trabalho, as respostas de um país como os Estados Unidos em direção à universalização das ações de cuidados e atenção à saúde subvertem as surradas fórmulas que preconizam o corte de gastos e a restrição das atividades públicas ao âmbito da vigilância epidemiológica e sanitária e assistência médica-hospitalar aos pobres. O orçamento apresentado pelo presidente Obama ao Congresso em fevereiro de 2009 prevê o aporte de 634 bilhões de dólares para a saúde na próxima década. Parte desses recursos será gerada pela redução das deduções nos impostos devidos pelas pessoas situadas nas faixas mais altas de renda (acima de 250 mil dólares anuais), e outra parcela pela redução

de gastos com os atuais programas públicos, especialmente o Medicare¹ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2009).

Enquanto isso no Brasil, onde a saúde é um direito constitucional, os sinais de priorização da saúde na agenda governamental e especialmente as expressões orçamentárias relacionadas com sua efetivação apontam para a preservação do subfinanciamento público para a política universal de saúde. O debate e a votação da extinção da CPMF independente de um posicionamento contrário ou favorável a sua criação e continuidade, sem a devida substituição de fontes de recursos permanentes e estáveis para a saúde, e mesmo os argumentos convocados para atendê-la evidenciam que a compreensão sobre a abrangência do Sistema Único de Saúde (SUS), entre políticos e autoridades governamentais, é muito mais restrita do que aquela consagrada pela Constituição de 1988.

Entre nós, não há consenso sobre as consequências da elevada proporção de gastos privados no gasto total com saúde. No entanto, cada anúncio de reafirmação do predomínio dos gastos privados em relação aos públicos é acompanhado por espanto e preocupação. Até os contumazes defensores das vantagens do privado sobre o público ponderam sobre a incompatibilidade desse figurino às características e necessidades de saúde da população; as concordâncias, porém, param por aí. Os pleitos referentes à ampliação dos gastos públicos com saúde não são unânimes, e as proposições para reverter os recursos públicos aplicados no privado contam uma audiência muito restrita.

A anuência em relação ao desequilíbrio da participação das fontes de financiamento, portanto, não se estende às soluções do problema. Para uns, a existência de uma suposta harmonia na relação entre o público e o privado é um cânone. Esse aludido equilíbrio, por sua vez, repousa na noção de que o privado alivia o público de uma carga desnecessária; é mais eficiente e possui maior capacidade e velocidade de inovação. Para outros, a robustez, aptidão e até os estratagemas de agentes privados que, desde suas posições de comando na economia, impedem o avanço de propostas modernizadoras na disputa de projetos societários para a saúde. Por essa ótica, o processo de privatização da saúde seria determinado pela atuação dos setores conservadores que, em face de uma legislação tida como desfavorável aos seus propósitos, são favorecidos por omissões e brechas para assegurar o *status quo*. Embora o equacionamento linear das relações entre interesses e ações não encontre ressonância na prática tais acepções possuem um elevado poder explicativo. A força da ideia de dispensabilidade da lei pelos poderosos traduzida pela noção de que a ‘lei é boa, mas não é cumprida’ adquiriu *status* de verdade.

¹ Trata-se de um seguro de saúde federal para americanos maiores de 65 anos de idade e para portadores de certas deficiências físicas abaixo de 65 anos e para pacientes renais crônicos de todas as idades. O programa é dividido em três componentes: parte A: seguro hospitalar – totalmente gratuito (garantia para internações hospitalares não prevê cobertura às de longa permanência); parte B: seguro médico suplementar (pago pelos indivíduos participantes – prevê pagamento de tratamentos não cobertos pela parte A, por exemplo, determinados atendimentos domiciliares de longa permanência; determinados insumos, como medicamentos ou órteses não incluídos na relação oficial das coberturas, e a cobertura para medicamentos prescritos iniciado em janeiro de 2006. A cobertura para medicamentos é acessível para todos os integrantes do Medicare mediante pagamento direto e subsídios governamentais. O *Medicare Prescription Drug Coverage* também é um seguro. As empresas privadas provêm a cobertura, e os beneficiários escolhem um plano de medicamentos, pagando direta ou indiretamente um prêmio mensal.

O fato de o Brasil dispendir relativamente mais recursos privados para financiar a saúde do que países da América do Sul como, por exemplo, Colômbia, Costa Rica e Bolívia e praticamente a mesma proporção do que o México, Chile e Argentina (OMS, 2009b) (Tabela 1), evidencia contradições entre a natureza dos gastos com a capacidade de pagamento direto de serviços de saúde pela maioria da população e a universalização do direito à saúde (OMS, 2009a). Essas discrepâncias têm sido razoavelmente estudadas. Existe uma razoável compreensão a respeito da correlação entre a proporção elevada (em torno de 70%) de gastos públicos e a universalização dos sistemas de saúde (Tabela 2).

Tabela 1 – Gastos com Saúde em Países Selecionados 1999 e 2006

Países selecionados	PIB per capita (PPP int. \$)		% de gastos Saúde Total do PIB		% de gastos em saúde Total gasto pelo governo		Total de gastos Saúde per capita (PPP int. \$)		Total de Gastos Saúde per capita (US \$)		% Gastos Públicos	
	1999	2006	1999	2006	1999	2006	1999	2006	1999	2006	1999	2006
Argentina	8860	11670	9,1	10,1	15	14,2	1125	1665	707	551	56,5	45,5
Bolívia	2980	3810	6,2	6,6	10,5	11,6	149	204	63	79	58,1	62,1
Brasil	6490	8700	7,1	7,5	5,5	7,2	535	765	242	426	42,7	47,9
Chile	8590	11300	6,2	5,3	10,4	14,1	548	697	298	473	46,7	52,7
Colômbia	4520	6130	9,3	7,3	18,8	17	572	626	197	217	76,3	85,4
Costa Rica	6060	9220	6,2	7	21	21,5	467	743	255	353	76,3	76,1
México	8820	11990	5,6	6,2	12,2	11	469	756	277	500	47,9	43,3

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2009; WHO Statistical Information System (Whosis).

Disponível em: <http://www.who.int/whosis/en/>

Tabela 2 – Indicadores de recursos financeiros dos sistemas de saúde de países selecionados, 2006

Países	Total de gastos em saúde per capita (PPP int. \$)	% Gastos Públicos	Composição dos gastos privados	
			Planos privados	Gastos diretos
Africa do Sul	869	41,9	77,7	17,5
Brasil	765	47,9	33,9	64
Canadá	3672	70,4	42,7	49
Estados Unidos	6714	45,8	66,4	23,5
Finlândia	2472	76,5	9,9	79,9
França	3554	79,7	63	33,2
Noruega	4521	83,6	0	95,2
Espanha	2398	72,5	23,6	76,4
Suécia	3119	81,2	1,6	81,2
Reino Unido	2784	87,4	7,8	87,4
Australia	3122	67,2	22	67,2
Japão	2514	82,2	14,3	82,2
Nova Zelândia	2447	77,8	21,2	77,8

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2009. WHO Statistical Information System (WHOSIS). Disponível em <http://www.who.int/whosis/en/>

Obviamente os resultados das análises sobre as iniquidades (especialmente as relacionadas com o financiamento) do sistema de saúde brasileiro contribuíram para a consolidação de um assentimento disseminado a respeito de ‘falhas’ no uso dos recursos. Tanto as hipóteses da existência de ‘mais’ no privado quanto às alicerçadas na assertiva de ‘menos’ no público bem como aquelas que admitem interfaces extensas entre ambos os sistemas foram exploradas. Esse patamar, relativamente elevado de conhecimentos sobre volume, composição e fluxos de financiamento, estimula o desvendamento de outras dimensões das relações entre o público e o privado na saúde.

Temos inúmeras possibilidades de examinar o tema. A vertente explorada neste trabalho, que dimensiona a participação econômica e a inserção política dos interesses de um conjunto limitado de empresas/atividades no setor saúde, é apenas uma delas. A intenção foi a de estabelecer pontes entre um conjunto de aportes teóricos destacadamente das ciências políticas e economia com uma base empírica constituída pela descrição e análise de características de empresas/atividades que atuam na saúde. Trata-se de um trajeto ainda pouco desenvolvido, mas suficientemente instigante para suscitar o debate e, portanto, estimular críticas e sugestões parciais ou integrais para posterior revisão e aprimoramento do trabalho.

A abrangência das relações entre o público e o privado

O tema ‘relações entre o público e o privado’ é extremamente abrangente. Para Bobbio (1987), público e o privado são termos que integram uma das grandes dicotomias que utilizamos para classificar, dividir, explicar um universo. O público e o privado designam distintas situações de grupos sociais mais complexos e referem-se, respectivamente, àquilo que pertence ao coletivo, à comunidade e a membros singulares de uma dada sociedade. A titularidade de determinado bem dita as nuances da dicotomia público/privado.

Quando, porém, o bem é a saúde, categorizar o público e o privado é reconhecidamente difícil. Há um disseminado reconhecimento sobre a complexidade que envolve a definição de coletivo e individual no processo saúde-doença. Assim, a díade público-privado atende com mais precisão à classificação das respostas institucionalizadas e aos problemas de saúde do que à transposição automática da aceção de titularidade coletiva ou individual a eventos relacionados com a atenção a doenças e agravos ou prevenção de riscos. São as instituições organizadas para responder as demandas e necessidades de saúde que, em geral, recebem a predicação pública ou privada.

Atualmente, no Brasil, as expressões Saúde Pública, saúde privada, assistência pública, assistência privada, medicina pública e medicina privada, utilizadas pela mídia praticamente como sinônimos, referem-se, quase sempre, à rede de cuidados e serviços estatais e por vezes conveniadas com o Ministério da Saúde e com secretarias estaduais e municipais de saúde e aqueles estabelecimentos e profissionais de saúde ‘credenciados’ pelas empresas de planos e seguros privados de saúde, respectivamente.

Como a rede ‘pública’ é integrada por estabelecimentos privados (entre as quais as filantrópicas) e a ‘privada’ por instituições públicas (entre as quais estabelecimentos estatais), a rigor a rotulação público ou privado resulta de uma apropriação bastante singular – uma transposição de características da demanda (a cobertura ou não por planos e seguros privados de saúde) à oferta de ações e serviços de saúde. Essa operação, quase sempre sutil, de ocultamento do privado no público e do público no privado, vincula o ordenamento dos componentes do sistema de saúde antes à percepção da capacidade de pagamento direta ou indireta do que a natureza dos estabelecimentos e prestadores de serviços que o compõem. Diz-se, portanto, frequentemente, que a saúde é pública ou privada não em razão das características individuais ou coletivas do bem saúde, mas porque a titularidade ou não de planos e seguros de saúde distingue segmentos populacionais. Na realidade, o elemento diferenciador é a natureza ‘particular’ do pagador das ações e procedimentos assistenciais: o governo ou uma organização cuja natureza pode ser pública ou privada, mas que oferta ou comercializa planos privados de saúde.

Assim, nem as considerações clássicas sobre o que é bem público provenientes da economia fundamentada nos pressupostos do uso comum, do acesso a qualquer membro da comunidade (SANDRONI, 2007), nem aquelas lastreadas nas noções de natureza da propriedade e dos contratos a elas subjacentes, emanadas das teorias do direito, têm sido levadas em consideração pelos grandes meios de comunicação, para nominar o público e, especialmente, o privado na saúde. Por outro lado, é plausível admitir que uma parcela desse distanciamento entre percepções, valores e fatos decorra de uma assimilação da ampliação do conceito tradicional de Saúde Pública. Com a universalização do direito à saúde passa-se a conceber como Saúde Pública tudo o que é governamental e não apenas as ações eminentemente direcionadas à prevenção, como ocorria na vigência da clivagem entre a medicina previdenciária e aquelas emanadas do Ministério da Saúde.

Essas e outras imprecisões conceituais não comprometem a clareza do significado dos vocábulos público e privado no cotidiano assistencial dos brasileiros e das brasileiras. Entretanto, no âmbito das instituições públicas e privadas de saúde essas acepções não são nem um pouco nítidas. A complexificação das relações entre o público e o privado no setor saúde no Brasil e, sobretudo, a adoção especialmente a partir da segunda década dos anos 1990, de uma gramática e um vocabulário técnico-gerencial, não mais marcado pelas oposições clássicas entre público e privado ou estatal e privado, mas pela ‘convicção’ sobre a virtuosa relação entre Estado e mercado, trouxe consigo novas conotações para o público e para o privado. Entretanto, as várias dicções de público e privado, que frequentemente referem-se ao sistema assistencial de estabelecimentos e prestadores de serviços; sequer aplicam-se às eventuais polêmicas sobre a política de farmácia popular, para a qual termos mais utilizados são gratuito em oposição a subsidiado.

Circulam entre nós uma miríade de concepções sobre o que é público e privado e inúmeras possibilidades de combinação do conceito com exemplos empíricos, mas costumamos restringir excessivamente a extensão e os limites da esfera de abrangência do público e do privado na saúde. Dadas as contradições entre o dimensionamento e a qualificação do público e privado, a

atualização e revisão dos conceitos de público e privado na saúde precedem reflexões posteriores. Esse empreendimento a princípio é muito vasto, vago e exigente de aportes aprofundados. Contudo, para a finalidade de avançar o conhecimento, uma sistematização do tratamento da díade público e privado em textos clássicos do direito, ciências políticas e economia bem como um levantamento do uso na área de saúde coletiva são suficientes ao delineamento de uma moldura adequada ao debate. Trata-se de apreender o uso corrente das noções de público e privado e incorporar a existência do privado (inclusive assistencial) no SUS e do público (inclusive assistencial) no privado e buscar ampliar as fronteiras de aplicação desse par conceitual para aprimorar o conhecimento sobre a gênese e dinâmica das políticas de saúde contemporâneas.

O público e o privado no setor saúde ou na assistência médico-hospitalar?

Qualquer análise sobre o privado na saúde que ultrapasse os limites assistenciais inclui a existência de três ‘indústrias’, três componentes: as empresas de planos e seguros de saúde; a indústria farmacêutica, de vacinas e hemoderivados e a de equipamentos. Além desses subsetores, as empresas privadas atuantes no saneamento, na produção de alimentos, de bebidas e de agrotóxicos, e na formação de recursos humanos para o setor, também são objeto de estudos e políticas públicas emanadas de instituições de saúde. Poder-se-ia ainda incluir as empresas de mídia e *marketing* que encontram na saúde um campo de atuação em permanente expansão.

A especialização e as especificidades de cada uma dessas atividades, ‘indústrias’, e os variados graus de dependência dessas organizações entre si impedem um exame uniforme dessas empresas. O traço comum que reúne o debate sobre a produção de insumos, alimentos e bebidas e até mesmo as ações de saneamento, ensino e mídia é a natureza e intensidade das intervenções estatais requeridas para garantir o direito universal à saúde. Nesse sentido, as tensões envolvidas com as normas patentárias e o acesso a bens essenciais e aquelas subjacentes às polêmicas sobre a liberdade de propaganda *vis-à-vis* a necessidade de produzir e difundir informações voltadas à proteção da saúde são essencialmente distintas, mas compartilham um espaço comum: o da expectativa de ‘publicização’ ou de ‘mercadorização’ de determinados bens e serviços de saúde.

Uma vez que os riscos de restringir ou ampliar excessivamente o espectro de análise das relações entre o público e o privado são elevados, é imprescindível definir/explicitar os componentes/atividades ‘típicos’ da saúde daquelas ‘relacionadas’ com saúde. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por exemplo, incluiu, para o cálculo do valor adicionado da saúde, a comercialização de produtos farmacêuticos, médicos, ortopédicos e odontológicos (IBGE, 2008). A área de saúde coletiva, contudo, tem conferido muito mais importância à fabricação do que à distribuição e comercialização de medicamentos, órteses, próteses etc. Outra área enfatizada pelo IBGE é a composição e a distribuição das ocupações (incluindo remuneração) pelas atividades da saúde.

Contamos com ferramentas teóricas para debater os limites do setor saúde, entre as quais: o conceito de complexo industrial/complexo produtivo, setor/atividade econômica, mas é notória

a ausência de trabalhos recentes que reúnam informações e questionamentos sobre as articulações e autonomia entre assistência, as indústrias e o comércio presentes no setor saúde.

Certamente, os desafios antepostos para definir os limites setoriais são imensos e exigem consultas a diferentes segmentos sociais. Porém, o reconhecimento dos esforços para classificar e dimensionar o público e o privado no setor saúde no Brasil a serem envidados pavimentam o caminho da realização de análises sobre os planos e seguros privados de saúde mais precisas.

A privatização da assistência à saúde no início dos anos 2000

Para delinear um conjunto de tendências sobre as relações entre o público e o privado na assistência à saúde, tomam-se como referência as informações sobre o perfil de financiamento do sistema de saúde brasileiro. No que se refere aos dois componentes dos gastos privados, os gastos diretos que incluem aqueles relacionados com os valores pagos com planos e seguros de saúde, verifica-se, em relação ao primeiro que: 1) a variação do item assistência à saúde no orçamento das famílias, embora não desprezível 5,31% em 1987, 6,5% em 1996/97 e 5,35%, não delinea uma tendência nítida de ampliação dos gastos relativos com saúde; 2) as despesas proporcionais com o subitem medicamento conformam um gradiente sugestivo de aumento progressivo dos gastos das famílias; 3) a proporção de gastos das famílias com planos e seguros de saúde aumentou significativamente entre 1987 e 1996/1997 e manteve-se estável entre 1996/1997 e 2002/2003 (Tabela 3).

As informações sobre o comportamento da segunda fonte de despesas privadas com planos e seguros de saúde – as empresas empregadoras – também sugerem uma tendência de estabilização e até redução. Segundo dados das Pesquisas sobre Planos de Benefícios no Brasil houve aumento das despesas das empresas entre 2005 e 2006 seguido por uma ligeira redução entre 2006 e 2007 (Gráfico 1). Esse decréscimo refletiu-se inclusive na proporção dos gastos com planos e seguros de saúde na folha salarial 9,02% em 2005, 10,72% em 2006 e 9,28% em 2007.

Em contraste, o número de contratos e receitas das empresas de planos e seguros de saúde aumentou no período 2000-2008, especialmente a partir de 2004, quando as variações positivas

Tabela 3 – Proporção de despesas das famílias com assistência à saúde por tipo de despesa Brasil – 1996/1997 e 2002/2003

Ano	1987	1996	2003
Assistência à saúde	5,31	6,5	5,35
Remédios	1,71	1,89	2,17
Seguro saúde e associação de assistência (plano/seguro saúde)	0,63	1,89	1,51
Tratamento dentário (consulta e tratamento dentário)	0,87	0,97	0,54
Consulta médica	0,39	0,26	0,29
Hospitalização	0,19	0,16	0,06
Óculos e lentes (material de tratamento)	0,29	0,17	0,28
Outras (assistência à saúde)	1,23	1,18	0,51

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisas de Orçamentos Familiares 1987, 1996/1997 e 2002/2003.

tornaram-se contínuas. Nota-se ainda que as receitas apresentaram taxas de incremento sustentadas e sempre superiores as observadas em relação ao crescimento dos contratos ao longo do período. Essas tendências de incremento da comercialização de planos e seguros foram superiores às variações do PIB (Gráfico 2).

Essas informações a respeito das despesas privadas com saúde sinalizam que a evolução dos gastos diretos das famílias e daqueles realizados pelas empresas empregadoras não se alteraram substancialmente. Vale ressaltar o aumento verificado com as despesas com medicamentos. Portanto, a expansão de receitas das empresas de planos e seguros de saúde parece responder antes a fatores relacionados com a racionalização das despesas assistenciais e aumento do número de contratos do que a elevação das despesas das famílias e empresas empregadoras.

A comparação da evolução do total das despesas públicas com saúde com as receitas auferidas pelas empresas de planos e seguros de saúde, considerando valores ajustados, indica que a variação tanto das despesas públicas com saúde quanto das receitas das empresas de planos

Gráfico 1 – Estimativa de custos de planos empresariais de saúde em 2005, 2006 e 2007

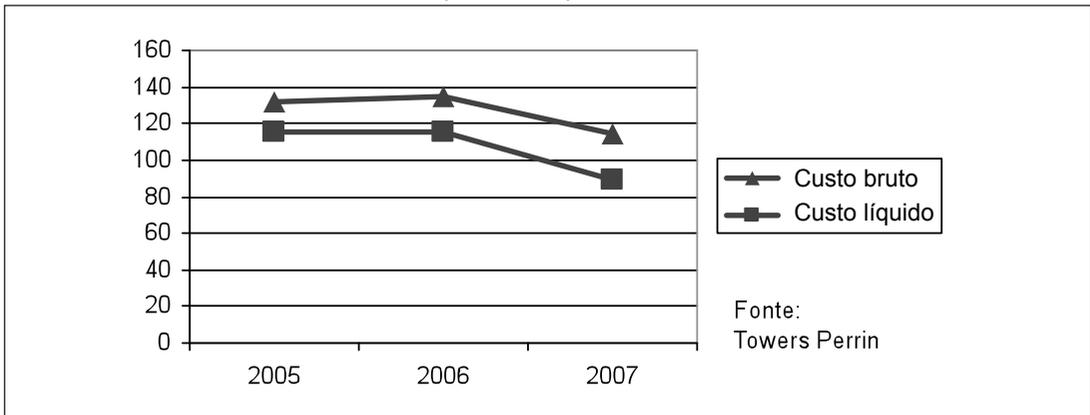
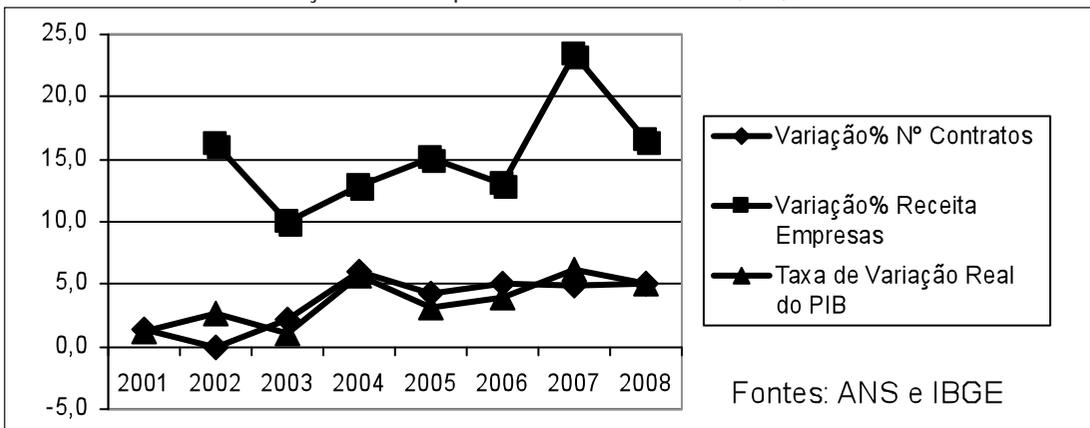


Gráfico 2 – Variação de número de contratos, receitas das empresas de planos e seguros de saúde e taxa de variação real do produto interno bruto (PIB), Brasil de 2001 a 2008



e seguros de saúde foi superior àquela registrada para o PIB no mesmo período. A maior amplitude de variação das despesas públicas e das receitas das empresas de planos e seguros de saúde ocorreu entre 2003 e 2004. Entre 2004 e 2005 a variação das despesas públicas oscilou e a das receitas das empresas de planos e seguros de saúde manteve-se permanentemente elevada (Tabela 4). A proporção de receitas das empresas de planos em relação ao total das despesas públicas permaneceu praticamente constante em torno de 38 a 40% (Gráfico 3).

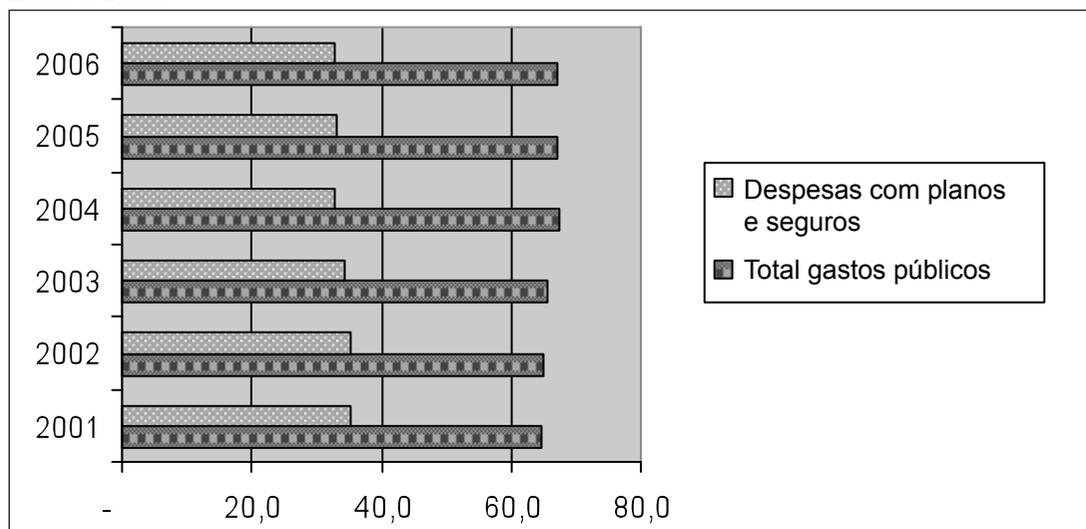
Como se sabe, as alterações no lado da oferta da base física do sistema assistencial naquele período foram relevantes, mas não lineares. Por um lado, houve ampliação da capacidade instalada e utilização de serviços do subsistema público. Entre 1988 e 2005, a expansão dos estabelecimentos públicos com internação foi superior a dos privados (49,59 e 23,34% respectivamente), e a participação dos prestadores de serviços públicos no destino dos recursos

Tabela 4 – Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiados com recursos públicos e receitas das empresas de planos e seguros de saúde Brasil 2000-2006

Ano	Gastos públicos		Receitas empresas planos	
	Valor nominal	Valor ajustado (IPC-A)	Valor nominal	Valor ajustado (IPC-A)
2000	34.035.153,00	54.181.703,00	22.121.318,00	34.565.714,11
2001	40.032.266,00	58.129.396,00	25.702.106,00	32.121.561,00
2002	47.035.380,00	61.567.657,00	28.475.037,00	33.643.153,00
2003	53.329.079,00	62.879.019,00	32.212.236,00	33.573.690,00
2004	65.130.032,00	71.609.011,00	37.112.802,00	35.416.632,00
2005	73.994.068,00	76.593.546,00	41.946.123,00	38.416.608,00
2006	84.034.197,00	84.034.197,00	51.651.415,00	41.946.123,00

Fontes: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), 2009 e Agência Nacional da Saúde (ANS), 2009.

Gráfico 3 – Total de gastos públicos e gastos com planos e seguros de saúde, Brasil de 2001 a 2006



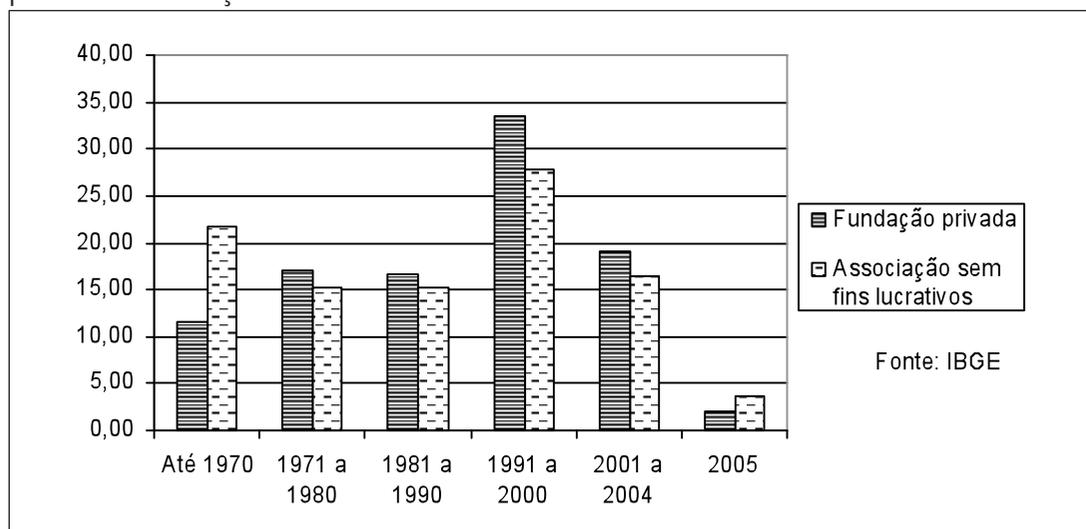
federais elevou-se continuamente (39% em 1987, 37% em 1997 e 47% em 2007). No que se refere às coberturas, registrou-se o aumento absoluto do número de brasileiros vinculados a planos e seguros privados de saúde no período 1998 a 2003, mas a proporção da população vinculada à assistência suplementar não se alterou. Contudo, o uso de serviços de saúde cresceu (71,2% em 1998 e 80% em 2003) e aumentou a proporção de pessoas que realizaram pelo menos uma consulta médica (54,7% em 1998 e 62,8%, em 2003). Não se poderia ainda deixar de consignar o incremento de procedimentos como hemodiálise que se tornaram universalmente acessíveis (7,17 sessões por mil habitantes em 1987 e 52 em 2007). Essas informações sobre o movimento da oferta e da demanda indicam claramente a expansão da oferta e coberturas do SUS.

Por outro lado, o volume de recursos federais para a saúde reduziu-se dramaticamente no intervalo 1987-1997 (considerando valores corrigidos pelo IPC-A, em 1987 as despesas assistenciais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foram da ordem de 50 bilhões, em 1997 esses gastos efetuados pelo Ministério da Saúde corresponderam a aproximadamente 13 bilhões e em 2007 a cerca de 19 bilhões). Adicionalmente, não foram detectados sinais de universalização da utilização e oferta de determinados equipamentos. Em 1999, menos de 20% do total de equipamentos de mamografia eram públicos. Havia 0,4 mamógrafos por cem mil habitantes na região Norte e 1,7 na Sudeste. Em 2005, a maior parte desses aparelhos (cerca de 85%) permaneceu sob a esfera privada, e a sutil desconcentração territorial dos mamógrafos (0,8 equipamentos por cem mil habitantes na região Norte e 2,2 na Sudeste), não fornece indícios de reversão da disparidade distributiva.

Verifica-se, portanto, à primeira vista, que as tendências expansionistas do SUS não são opostas à intensificação da privatização do financiamento e da provisão de serviços de saúde. Por isso, a mera descrição do fenômeno de crescimento mútuo e independente dos componentes público e privado do nosso sistema de saúde parece oferecer uma explicação. Não é por outra razão que uma parcela expressiva dos esquemas interpretativos sobre o subsistema assistencial se detém na descrição mais detalhada das variáveis que o compõem; ou seja, na constatação de que os déficits de financiamento para o SUS não impediram certos avanços, mas impulsionaram a disposição individual de aquisição de planos privados de saúde.

Conseqüentemente, as sugestivas evidências de incrementos simultâneos do público e do privado, autônomos ou pelo menos sequenciais, deixam pouca margem à visibilidade das tendências retracionistas e interacionistas. O reconhecimento de contradições e, sobretudo das relações e intermediações entre ambos os subsistemas, é pouco atraente, tanto para os setores progressistas que se veem permanentemente instados a blindar o SUS das ferozes críticas a seus limites quanto para os segmentos empresariais que se comprazem com o crescimento de seus investimentos.

Entre as mudanças na estrutura da oferta, tais como o aumento de estabelecimentos privados de diagnóstico e terapia, destaca-se a criação de fundações privadas e entidades sem fins lucrativos² de saúde no final dos anos 1990 (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Fundações privadas e associações sem fins lucrativos de saúde segundo período de fundação

Os preços como expressão da mercadorização da oferta e da demanda

A assimetria das receitas disponíveis para as demandas vinculadas a planos e seguros de saúde em relação àquelas financiadas com os recursos públicos são sobejamente conhecidas. O Brasil destina pelo menos duas vezes mais recursos financeiros para quem está vinculado aos planos e seguros de saúde do que para as ações universais (cerca de 740,00 e 350,00 reais em 2004). Esse diferencial reflete-se no preço de remuneração dos procedimentos assistenciais, exemplo: o valor médio pago por internação em 2007 pelas empresas de autogestão de planos de saúde associadas à União das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) de R\$ 6.112, 4523 foi oito vezes maior do que o praticado para remunerar as internações na rede SUS (R\$ 754,53).

Menos comentada é a estratificação interna do subsistema privado e do subsistema público conduzida por diferenciais de preços que delimitam as fronteiras entre os mercados dos planos executivos, intermediários e básicos e no âmbito público as assimetrias dos valores de remuneração segundo a natureza jurídico-institucional do prestador de serviços. Segundo as informações disponíveis, os planos denominados básicos abrangem a maior proporção de clientes e são cerca de três vezes mais baratos do que os executivos.

A existência de distintos padrões de planos conecta-se com a organização de diferentes circuitos de oferta de serviços e barreiras ao acesso para os 'planos inferiores'. Na prática, uma determinada clínica ambulatorial, laboratório ou hospital é conveniado com a empresa de plano ou seguro de saúde, mas atendem apenas uma parte de seus planos.

Entre os prestadores que compõem a rede pública, observa-se que os valores de correção dos valores de remuneração das internações tampouco são homogêneos. Os preços dos procedimentos dos hospitais federais e filantrópicos foram superiores àquelas verificadas para os públicos estatais.

A complexa geometria da segmentação da oferta e demanda no sistema de saúde brasileiro

Os membros de uma mesma família podem apresentar distintas possibilidades de cobertura de planos e seguros de saúde, por exemplo: todos estão cobertos; nenhum dos membros da família tem cobertura; todos os cobertos vinculam-se a um único titular; todos são titulares; todos são dependentes de titulares que moram em outro domicílio. Esse mosaico admite outras inúmeras combinações, entre as quais as criativas estratégias para obter coberturas de planos e seguros privados de saúde, estabelecidas desde conexões entre membros distanciados de uma família como, por exemplo, a dependência de um sobrinho ou ex-cunhado titular.

As diferenças de cobertura de integrantes de uma mesma família associadas à existência de padrões distintos de planos de saúde ensejam pautas de complementaridade de despesas assistenciais privadas e demandas aos serviços públicos bastante díspares. Embora não se disponha de nenhuma evidência empírica, é plausível supor que o regime de racionamento do acesso e utilização de serviços de saúde para os vinculados aos planos básicos e especialmente para os ‘menos que básicos’ seja muito mais rigoroso do que o previsto para os planos executivos.

Uma pesquisa sobre o uso de serviços de saúde, realizada pelo IBOPE na região metropolitana de São Paulo, no final de 2007 e início de 2008, estimou que 15% das pessoas cobertas por planos de saúde usam serviços públicos (IBOPE, 2008), mas ainda não existem estimativas sobre as relações entre os distintos padrões de cobertura por planos e seguros de saúde e a demanda por serviços privados de saúde.

Medidas como o copagamento e as pressões para organizar arranjos entre oferta e demanda com coberturas ainda menos abrangentes viabilizam, por um lado, a comercialização de planos com preços mais reduzidos; mas, por outro, redesenham os diagramas de complementaridade público-privados. Paradoxalmente, tais tensões traduzidas em proposições ao Executivo e Legislativo ou em petições judiciais justificam-se, frequentemente, por dois argumentos encadeados: a necessidade de desonerar o SUS, que requer o apoio à expansão do subsistema privado.

Assim, os pleitos por parte de empresários do setor de judicialização da não cobrança de impostos, deduções fiscais e não-pagamento do ressarcimento ao SUS são justificados como naturais e legítimos, enquanto aqueles relacionados com as negações de cobertura das empresas de planos e seguros são vistos como graves ameaças ao ‘equilíbrio do sistema’. A ocultação de interesses e a ênfase na construção de uma retórica, que mobiliza a defesa do bem comum, muitas vezes embaralham a detecção das políticas públicas recentes acionadas para apoiar a privatização do sistema de saúde brasileiro.

As aves que cá gorjeiam não gorjeiam como lá

As informações sobre as despesas públicas e privadas sugerem que, ao contrário do que ocorre nos Estados Unidos, o Brasil não enfrenta uma crise imediata de elevação de custos com saúde. Há, todavia, indícios mais do que suficientes para nos preocuparmos com a expansão da privati-

zação do nosso sistema de saúde e suas consequências para o agravamento das iniquidades em termos de exposição aos riscos, ao acesso e à utilização dos serviços de saúde.

As tentativas de trazer o tema das relações entre público e privado ao proscênio do debate sobre as políticas de saúde esbarram, contudo, na cristalizada e nem sempre explícita convicção de governantes, parlamentares, magistrados, sindicalistas e técnicos a respeito da inviabilidade da universalização do direito à saúde. Todos apoiam o SUS, mas o velado ou explícito ceticismo e/ou a resignação em relação à mudança dos destinos do SUS, manifesto com clareza pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, com tom compreensivo e revestido de pragmatismo pelo então ministro da saúde José Serra ou de maneira obliqua pelo presidente Lula, também tem sido acionado por segmentos autodeclarados como esquerda. Até mesmo segmentos empresariais antes entrincheirados contra o SUS passaram a apoiar o SUS.

Já nos Estados Unidos, o debate sobre a reforma do sistema de saúde encontra opositores que expressam seus valores sociais contrários à intensificação da intervenção governamental.

Hoje, no Brasil, o obscurecimento do debate sobre as relações entre público e privado impede que a natureza contemporânea das bases corporativas, que alicerçam a privatização do sistema de saúde brasileiro, estimule um debate democrático. O liberalismo separa o privado do público e estabelece que o primeiro é o reino de uma pluralidade de interesses e visões irreconciliáveis. Ao público caberia impor ou sobrepor um consenso plasmado numa concepção compartilhada de justiça, a qual minimiza o antagonismo que decorre do pluralismo de valores e tende a reduzir a política à ética. Com isso, o pensamento liberal tende a ignorar o Estado e evadir-se da política, enfatizando duas esferas heterogêneas: a ética e a economia.

Por isso, precisamos contribuir para reforçar uma democracia que intensifique a capacidade de apreensão da natureza da política e desenvolver abordagens que inscrevam a questão do poder e seu antagonismo em seu próprio centro. Nesse sentido, a questão central passa a ser não eliminar o poder, mas sim constituir formas de poder mais compatíveis com os valores democráticos. A política busca a criação da unidade em um contexto de conflitos e diversidade e está sempre associada ao 'nós' em relação a 'eles'. A novidade não é a superação da oposição nós *versus* eles, mas propor um caminho diferente para que ela seja estabelecida. O propósito é construir um 'eles' de tal modo que não sejam reconhecidos como inimigos a serem destruídos, mas como adversários cujas ideias combateremos, mas cujo direito de defendê-las não seja questionado. Requer que tratemos a quem nos opomos como opositores legítimos. O adversário não é um mero competidor, pois na acepção liberal compartilhamos com ele alguns princípios como liberdade e igualdade. Discordamos, porém, em relação ao sentido e à implementação dos princípios, porque sabemos que não há uma solução racional e harmoniosa para os conflitos. O bom funcionamento da democracia requer um intenso embate de posições políticas. Portanto, abrir espaço para o dissenso e promover os fóruns para manifestá-lo é vital.

Referências bibliográficas

BOBBIO, N. Estado Governo e Sociedade: Para Uma Teoria Geral da Política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Economia da Saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA (IBOPE), 2008. Pesquisa de Opinião Pública – Uso de Serviços de Saúde. Disponível em: http://www.ibope.com.br/opiniao_publica/downloads/ibope_inteligencia1117_saude_jun08.pdf. Acesso em: 5 maio 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). . *Statistical Information System (WHOSIS)*, 2009a. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/en/>. Acesso em: 5 maio 2010.

_____. *Statistical Information System (WHOSIS)*, 2009b. Disponível em: <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp> (dados referentes a 2006). Acesso em: 6 abr. 2009.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH Et HUMAN SERVICES. *The American Recovery and Reinvestment Act (ARRA)*, 2009. Disponível em <http://www.hhs.gov/recovery/overview/index.html>. Acesso em: 5 de maio de 2009.

Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual

*Hésio de Albuquerque Cordeiro
Eleonor Minho Conill
Isabela Soares Santos
Aparecida Isabel Bressan*

Introdução

Este texto compara e descreve alguns atributos da qualidade do sistema público e do segmento suplementar demonstrando a impossibilidade de que sejam tratados de forma separada no âmbito das políticas de saúde. Propõe-se uma reflexão em torno dos efeitos que um sistema dual tem na manutenção de desigualdades, argumentando-se sobre a necessidade e a importância de uma ação regulatória integrada que possa atenuar tais efeitos negativos. Para isso, são tomados como referência o acesso e a integralidade da atenção, dois atributos inter-relacionados e que permitem monitorar tanto alguns aspectos do desempenho dos serviços como a existência de desigualdades.

A organização de um sistema público e universal representa um inegável protagonismo brasileiro no cenário latino-americano, mas o caráter particular de nosso sistema de saúde trouxe novos desafios. A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) coincidiu com um crescimento importante do mercado de seguros privados, institucionalizando-se um tipo de universalização que, ao mesmo tempo em que permite a inclusão de novos grupos, corre o risco de intensificar a segmentação social.

O SUS é responsável por serviços de importância fundamental para o país: grandes quantidades de atendimentos por unidades básicas, a quase totalidade das vacinações, consultas, proce-

dimentos especializados e exames, internações, transplantes, programas bem-sucedidos como o de controle e tratamento de pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF), ações de vigilância em saúde, desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em imunobiológicos, fármacos, informação e gestão (SANTOS, 2007).

Além disso, a amplitude da cobertura e o leque de serviços oferecidos vêm aumentando: entre 1998 e 2003, houve um importante avanço no uso de serviços de atenção básica, tratamentos hospitalares e exames de alta complexidade em todas as regiões do país. Entretanto, ao mesmo tempo em que sua implementação evidencia sucessos, ainda há pontos de estrangulamentos na efetividade e na qualidade percebida pelos usuários, tais como a baixa oferta de serviços especializados e de diagnóstico, terapias complementares (SADT), cirurgias eletivas, com dificuldades no acesso e grande tempo em listas de espera. É possível que esses estrangulamentos expliquem o uso de serviços financiados pelo gasto direto e por intermédio de planos de saúde nesse mesmo período (cirurgias, exames, gesso, imobilizações e consultas a outros profissionais de saúde) (PORTO, SANTOS, UGÁ, 2006).

O financiamento total do gasto com saúde no Brasil gira em torno de 8% do PIB, o que o torna considerável quando comparado aos gastos de países da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (*Organization for Economic Co-Operation and Development*, OECD), em média 8,9% em 2004, sendo o financiamento público responsável pela maior parte do gasto (geralmente mais de 70%) nesses países (OECD, 2006). Aqui, essa relação se inverte revelando uma composição contraditória para um sistema que se pretende universal, pois 52% do gasto é privado. Além disso, tem ocorrido um aumento da participação de recursos próprios no financiamento da saúde, inclusive nos grupos sociais de menor renda, especialmente para a compra de medicamentos (BRASIL, 2007a; CARVALHO, 2006, PORTO, SANTOS e UGÁ, 2006).

Em 2003, 24% da população possuía algum tipo de plano, mas essa cobertura é desigual no território brasileiro.¹ Em algumas capitais ou cidades da região sul e sudeste, ela ultrapassa os 50%, por exemplo, em São Paulo, Rio de Janeiro e Vitória, sendo baixa em grande parte do interior, no norte e em alguns Estados do nordeste (BRASIL, 2008). Portanto, enquanto uma parcela da população possui a cobertura de serviços do SUS e a do plano, ou seja, tem uma cobertura duplicada, a outra está coberta exclusivamente pelo sistema público. Um dos problemas que advêm da cobertura duplicada é a iniquidade na oferta, na utilização e no financiamento. Outro problema é a dificuldade para a coordenação das políticas, o que reforça a fragmentação dos serviços com perda da qualidade e da eficiência. Aprofunda-se, com isso, a segmentação da população, configurando uma proteção social menos solidária do que a almejada na Constituição Federal de 1988.

Esses problemas não são exclusivos do sistema de saúde brasileiro uma vez que, em quase todos os países e tipos de sistemas (Sistema Nacional, Seguro Social, ou Sistemas Privados Pluralistas), existe, em maior ou menor grau, um *mix* público-privado. Estudos recentes propu-

¹ Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2003), 19% da população estava coberta por planos privados e 5% por planos de instituições públicas cujo financiamento é público, mas a permissão para participação e uso é privada.

seram uma tipologia a partir da função desempenhada pelo seguro privado nesses sistemas, identificando-se quatro possibilidades: primário ou principal, substitutivo, complementar ou suplementar (OECD, 2004).

A primeira situação se dá quando o seguro é a principal forma de proteção à saúde, como nos Estados Unidos. A segunda, quando constitui uma opção legal ao sistema estatutário, como ocorre no Chile, ou quando é utilizado para tipos específicos de serviços ou para populações acima de determinados níveis de renda em países com seguro social, tais como a Alemanha e a Holanda (*top out*). O seguro é considerado complementar quando amplia o acesso a serviços não cobertos pelo sistema principal ou que exijam copagamento (medicamentos, saúde bucal, diagnóstico e terapêutica), como é o caso da França e de diversos países da União Europeia. Denomina-se suplementar quando opera em países com Sistema Nacional de Saúde oferecendo elementos adicionais, tais como hotelaria, livre escolha, maior rapidez ou serviços e tecnologias ainda não cobertos pelo sistema público. Quando há a comercialização de serviços já oferecidos no sistema público, ocorre então uma cobertura duplicada, como é o caso do Reino Unido, Portugal, Espanha, Itália, Grécia e do Brasil. Deve-se mencionar que, no Canadá, há uma interdição que proíbe a comercialização de serviços oferecidos pelo sistema estatutário.

No sistema de saúde brasileiro, com o seguro suplementar e de cobertura duplicada, temos alguns paradoxos que não diferem muito daqueles verificados em países com o mesmo tipo de *mix* (SANTOS, 2009), mas existem particularidades relativas à nossa formação social. Por exemplo, o percentual da população coberta pelo segmento suplementar é aqui muito mais expressivo, sendo praticamente o dobro dos países referidos, o que pode estar relacionado com problemas na qualidade e no financiamento do sistema público (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; RODRIGUEZ, 2001).

Outro ponto importante a ser considerado na compreensão do *mix* público-privado setorial é a influência exercida pelo imaginário social, onde há o predomínio da ideia de que o sistema privado é eficiente e o público não. Soma-se a isso uma sensação geral de insegurança que se aprofunda pelos problemas decorrentes de um modelo segmentado e pouco eficiente, favorecendo a constituição de argumentos para a escolha de assistência privada.

Existem avanços no SUS com melhora nos indicadores de morbidade e mortalidade, o gasto total com saúde é razoável, mas, ao mesmo tempo, o sistema apresenta baixa resolubilidade, é fragmentado, segmentado com baixo gasto público. Convivem de forma contraditória a abundância e a escassez de alguns serviços e de tecnologias tanto no SUS como no segmento suplementar, ainda que de natureza e em graus diferentes. No primeiro, nota-se o aparecimento e o recurso a tecnologias leves enquanto no segundo predominam as tecnologias duras. Esse cenário aponta para a complexidade do processo regulatório de forma que o interesse público possa prevalecer na garantia dos princípios constitutivos do sistema de saúde e de seu resultado final.

Embora a noção de público esteja associada a tudo que é estatal e privado ao mercado, Estado e mercado são inseparáveis na constituição de cada sociedade, e essa configuração segmentada do sistema brasileiro não se deu sem a participação governamental, tanto em seus antecedentes

como por incentivos financeiros (ACIOLE, 2006). Portanto, apesar da aparente distinção entre um subsistema estatal (público) e um subsistema privado, interessa examinar o conjunto de estabelecimentos, equipamentos e profissionais que permitem garantir a oferta de serviços para a população de modo que se possam identificar os diversos arranjos que se estabelecem. Mas, principalmente, é preciso reconhecer a sua interdependência e a importância do mapeamento de sua configuração atual para que seja possível propor novos rumos.

Algumas características da formação social brasileira e sua relação com os direitos e as garantias em saúde

A heterogeneidade da sociedade brasileira pode ser observada em diversas de suas dimensões, como mostram as informações do perfil socioeconômico e epidemiológico da população. Essa situação não é uma condição momentânea, mas resultado de um padrão de desenvolvimento que, ao longo da nossa história, produziu graus diferentes e assíncronos de integração no espaço nacional, além de uma importante estratificação social.

Mesmo que a desigualdade seja inerente ao modo de produção capitalista, no caso dos países de economias centrais, sua maior homogeneidade estrutural permitiu uma melhor integração entre os setores mais dinâmicos da economia e os demais. No Brasil, desde a década de 1950, a dinâmica interna do processo de acumulação configurou um padrão específico de industrialização, com crescimento da capacidade produtiva bastante superior à demanda, como o resultado de uma acumulação intensa e centralizada que impediu a expansão e a diversificação da estrutura produtiva.

Mas o entendimento do quadro completo da heterogeneidade estrutural requer a separação analítica entre problemas da dinâmica da industrialização tardia daqueles que emergem da formação histórica da sociedade (TAVARES, 1981 *apud* POSSAS, 1989). Os primeiros decorrem do avanço desigual e periodicamente bloqueado das forças produtivas, que ocorre através da reprodução em breve lapso de tempo e num espaço econômico reduzido, das bases técnicas de um sistema industrial com grau de desenvolvimento superior e transnacionalizado, a partir de suas bases nacionais de origem. Esses desequilíbrios estruturais podem ser chamados de problemas da modernidade do capitalismo tardio.

Os últimos, em particular a pobreza absoluta e a marginalização, estão determinados pelo atraso econômico, político e social decorrente do processo de formação histórica de Estados nacionais periféricos. Essa explicação amplia a perspectiva dualista segundo a qual teríamos um Brasil moderno e um atrasado, alimentando-se um do outro. Mais recentemente, os efeitos da globalização e dos ajustes macroeconômicos com predomínio do capital financeiro no processo de acumulação trouxeram dificuldades adicionais para a construção de um sistema de proteção social nesse contexto.

As análises feitas por Fleury (1994) e Gerschmann (1995) trazem elementos complementares do campo da ciência política, também necessários para a compreensão dos limites e possibilidades na implementação de políticas públicas. A fragilidade das forças sociais e de sua repre-

sentatividade num processo de democratização ainda incipiente e inconcluso tornaria difícil a transformação de demandas em políticas concretas, uma vez que esse tipo de processo pressupõe espaços de mediação social ainda em construção. O projeto de reforma universal/publicista teria sido superado pela ambiguidade entre este modelo e um projeto de democracia elitista com uma política econômica cerceada por compromissos internacionais.

As reformas incentivadas por organismos internacionais, ao longo da década de 1980 e meados dos anos 1990, ao pressionarem no sentido da substituição de valores de solidariedade e igualdade pelos de um individualismo utilitarista, acentuaram essas dificuldades. Recursos escassos deveriam ser concentrados em intervenções custo-efetivas para diminuição da carga de doença, com direcionamento da prestação pública de serviços apenas aos grupos sociais mais necessitados, com estímulo ao mercado como forma de garantir eficiência. A ideia tanto de assistência médica como de previdência social privada foram predominantes estruturando-se diferentes formas de *mix* público-privado na América Latina (ALMEIDA, 2002).

A reforma brasileira, realizada numa conjuntura já adversa, aparentemente resistiu a essas pressões com a preservação de seu ideário original, mas novos patamares na relação público-privado foram estabelecidos, com um crescimento expressivo do segmento suplementar. As informações sobre a distribuição de renda da população e sobre o perfil dos beneficiários do seguro privado permitem identificar como a heterogeneidade da estrutura social veio a se refletir nas garantias em saúde.

A distribuição da renda é extremamente concentrada no Brasil. Os 10% mais ricos detêm 46,1% da renda familiar *per capita*, enquanto os 20% mais pobres detêm apenas 2,9%. Essa situação corresponde a um Índice de Gini de 0,57² em 2002, que é muito maior do que o dos países centrais (0,33 na França, 0,36 no Reino Unido e 0,41 nos Estados Unidos) e também que o dos demais países periféricos (0,49 na Venezuela, 0,52 na Argentina). A concentração da renda está associada à desigualdade da população quanto aos anos de estudo e à posse de planos privados de saúde. Também entre aqueles que possuem plano privado há diferenças no tamanho da rede de prestadores disponíveis, conforme o plano contratado e o local onde residem (PORTO; SANTOS; UGA, 2006; BAHIA *et al.*, 2006). A população coberta por plano privado é maior no sudeste do país, entre os que moram nas grandes cidades e entre os que têm emprego formal, cujo vínculo ao plano se dá por intermédio do emprego (planos coletivos) (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

A distribuição etária da população que possui plano privado de saúde é diferente daquela da população brasileira total. O estudo de Sasson *et al.* (2006) mostra que a pirâmide da população brasileira tem uma base maior do que a dos que têm plano privado, cujo topo é maior, isto é, há uma concentração de idosos (60 anos ou mais) entre aqueles que têm plano. Isto sugere que a população coberta pelo segmento suplementar, além de ser mais rica, tem também maior longevidade e um perfil epidemiológico distinto.

² O Índice de Gini varia entre 0 (nenhuma desigualdade) até 1 (desigualdade total), ou seja, quanto mais elevado, pior é a situação do país.

Embora as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias ocupem posições importantes em toda a população, essas causas têm maior participação percentual na mortalidade dos segurados de operadoras privadas. Assim, a população coberta por seguro privado tem perfil semelhante ao de países desenvolvidos, com predomínio de doenças crônico-degenerativas incidindo em uma população mais idosa.

Outro aspecto não menos importante a ser considerado neste tópico diz respeito às características culturais da sociedade brasileira, que incluem a distinção social e o “jeitinho” como parte de nossa identidade. Para isso, é interessante retomar a obra clássica de Sérgio Buarque de Holanda (1995), em que o leitor é convidado a lembrar alguns traços ibéricos que exerceriam influência sobre a cultura e organização política do país. Estaria nas “raízes do Brasil” a constituição da figura do fidalgo – que é o filho d’algo, isto é, filho de alguém que possibilita acesso a alguma coisa –, cuja ética leva ao estabelecimento de relações de intimidade entre os diferentes polos das classes sociais, caracterizando-se a burguesia brasileira e as classes mais pobres por relações de simpatia e de cordialidade.

Tais relações, junto à superoferta de terra no período da colonização, teriam proporcionado facilidade na ascensão social e influenciado negativamente a organização do que é da ordem do coletivo, pois o personalismo, segundo Holanda, dificulta a organização política da sociedade. Esses aspectos da cultura teriam influenciado as relações mesmo após o advento da cidade e do modo de produção industrial. As relações tenderiam a se tornar mais impessoais, mas continuaram com as características personalistas e clientelistas da sociedade rural e da colonização portuguesa. É claro que ocorreram inúmeras transformações após a década de 1930, quando a obra foi escrita, mas as influências dessas características podem ser reconhecidas até os dias atuais.

Outras explicações para esses traços culturais nos fundamentos de nossa formação social são apontados por Vaitsman (2002) ao estudar a relação entre os valores da sociedade brasileira e as propostas para diminuir desigualdades na saúde. Sugere-se que a introdução de um aparato legal e institucional do liberalismo numa sociedade escravocrata terminou por legitimar privilégios apenas para as elites; além disso, o fato de essa população escrava não ter sido incluída na sociedade levou a um processo de modernização que ocorreu com um padrão de cidadania já segmentado. Universalismo e igualdade foram princípios organizadores da esfera pública na modernidade, mas, no Brasil, a existência de duas formas de particularismo no âmbito dessa esfera, o das diferenças e o das relações pessoais, constituem até hoje barreiras culturais para expressão social desses princípios.

Numa sociedade de intensa concentração de renda, a radicalização das diferenças entre grupos sociais impede o desenvolvimento de laços de solidariedade, sendo as relações sociais um dos modos mais conhecidos de se obter direitos. A forma como cada sociedade lida com essas diferenças (raça, classe, gênero, religião e outras), ou seja, o modo como essa multiplicidade de ‘pertencimentos’ e de identidades se articulam ao funcionamento do mercado e do Estado define parte da difícil equação universalismo/particularismo. Quanto mais as diferenças reforçam

desigualdades horizontais, mais difícil se torna a formação de uma consciência de interdependência social e da institucionalização do universalismo na esfera pública.

Esses elementos são contraditórios em relação à organização da sociedade a partir de políticas de caráter coletivo e representam importantes barreiras para o avanço de um sistema de saúde baseado no direito de cidadania. Ajudam a compreender, em parte, o que almejam os segurados dos hospitais filantrópicos observados na pesquisa de Gerschman *et al.* (2007), quando buscam resolver seus problemas na base do ‘jeitinho’, ou seja, buscam a distinção para possibilitar acesso aos serviços. Assim, a partir desta ótica, faz sentido supor que, além da posse do plano privado, a ideia de estar duplicadamente coberto estaria ocupando um lugar no imaginário da população brasileira, pois preenche parte da demanda por privilégio e por distinção presente na cultura brasileira. Esse mesmo estudo também evidenciou que um dos motivos de insatisfação com o plano era exatamente o fato de se sentirem misturados com os usuários do SUS.

Por esse raciocínio, além de o seguro privado de saúde estar respondendo às necessidades concretas de acesso e às demandas por maior qualidade de hotelaria etc., pode estar representando necessidades relacionadas ao valor que se atribui às ‘mordomias’ ou privilégios – por exemplo, ao motorista para dirigir o carro mesmo quando a pessoa sabe dirigir, ao ascensorista cuja função é apertar o botão do elevador –, enfim, à distinção em relação aos demais da sociedade.

É possível que um dos motivos da difícil implementação do SUS como sistema nacional de saúde esteja relacionado aos valores da sociedade brasileira, possivelmente não solidários o suficiente para sustentar um senso comum de que um mesmo sistema para todos pode valer mais do que um sistema que seja distinto para alguns e baseado no poder de compra. Vejamos, então, como as diferenças e outras formas de particularismo têm se expressado nas diversas situações decorrentes do *mix* público-privado em nosso sistema de saúde.

Acesso aos serviços: oferta e tempos de espera desiguais

Ao tratar do acesso, priorizamos o enfoque em duas de suas dimensões, que constituem objeto de relevante preocupação dos usuários do sistema de saúde: a oferta e o tempo de espera.

Desigualdades na oferta

A grande parte dos estabelecimentos com internação, dos leitos e das unidades de serviço de apoio ao diagnóstico e terapia do país são privados (respectivamente 62, 66 e 92%), enquanto a maioria das unidades ambulatoriais é pública (75%) (IBGE, 2005), como mostra a Tabela 1.

O SUS utiliza hospitais próprios, mas também contrata ou convenia 69% dos hospitais e 65% dos leitos privados existentes no país. O restante dos leitos privados não conveniados ao SUS estaria disponível para ser utilizado por serviços financiados pelo desembolso direto ou pelo segmento suplementar. A oferta para consumo privado pode contar, ainda, com alguns leitos públicos, tais como os de hospitais universitários e de outros hospitais públicos que têm contratos com planos privados, ou de hospitais militares e instituições de previdência estadual e municipal.

Observando os países da OECD, a média de leitos por mil habitantes era de 4,1 em 2004 (OECD, 2006), enquanto no Brasil era de 2,4 em 2005 (IBGE, 2005 e estimativa populacional do IBGE para 2005). Consta-se a primeira evidência da desigualdade na oferta hospitalar, pois os leitos do SUS totalizavam 1,8 para cada mil habitantes (contabilizados os próprios, os conveniados e os contratados) enquanto os leitos disponíveis para o segmento suplementar somavam 2,9 (contabilizada a população beneficiária de seguro privado com assistência médica-hospitalar em 2005, nos dados do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sistema de Informações de Beneficiários).

Portanto, a disponibilidade de leitos no Brasil mostra que, enquanto a do SUS está entre as mais baixas em equiparação à do México, a do segmento suplementar está mais próxima da média da OECD e de países como Reino Unido, Canadá, Noruega, Finlândia, Dinamarca e Portugal (Tabela 2).

A comparação da disponibilidade de equipamentos de média e alta complexidade ofertados pelo SUS (inclusive os privados contratados pelo SUS) com a dos disponíveis para uso pela clientela de seguro configura mais um indicativo da desigualdade da oferta entre a população com e sem cobertura duplicada (Tabelas 1 e 3).

A disponibilidade de equipamentos é muito maior para a clientela de plano privado para quase a totalidade desses recursos. Pode haver até sete vezes mais aparelhos de ressonância magnética, cinco vezes mais mamógrafos, quatro vezes mais litotripsores e tomógrafos computadorizados, três vezes mais aparelhos de raio X para hemodinâmica, para radioterapia e medicina nuclear. Entretanto, ocorre o inverso com os aparelhos para hemodiálise, cuja disponibilidade por meio de seguro é 0,3 vezes a de serem usados por meio do SUS.

Tabela 1 – Distribuição da rede de serviços segundo natureza e disponibilidade, Brasil, 2005

Tipo de serviços: unidades e leitos	Disponíveis/ conveniados ao SUS		Exclusivos ao mercado privado		Total
	Públicos	Privados*	Públicos	Privados	
Leitos	141.264	192.274	7.702	101.970	443.210
%	31,9	43,4	1,7	23,0	100,0
Estabelecimentos com internação	2.727	3.066	-	1.362	7.155
%	38,1	42,9	0,0	19,0	100,0
Unidades SADT	1.102	4.800	-	8.619	14.521
%	7,6	33,1	0,0	59,4	100,0
Unidades ambulatoriais	41.260	1.900	-	12.168	55.328
%	74,6	3,4	0,0	22,0	100,0

*As unidades privadas conveniadas ao SUS também podem prestar serviços ao mercado privado.

SADT: Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da AMS (IBGE, 2005).

Tabela 2 – Leitos por mil habitantes, Brasil, 2005 e países da OECD, 2004

País	Leitos / mil hab.
Japão	8,4
Áustria	6,5
República Tcheca	6,4
Alemanha	6,4
Hungria	5,9
Coreia	5,9
República Eslovaca	5,9
Luxemburgo	5,7
Bélgica	4,8
Polônia	4,8
Austrália	3,8
França	3,8
Grécia	3,8
Suíça	3,8
Itália	3,7
Reino Unido	3,6
Dinamarca	3,3
Noruega	3,1
Canadá	3,0
Finlândia	3,0
Portugal	3,0
Brasil – Privados (disponíveis para financiamento privado)	2,9
Irlanda	2,9
Holanda	2,8
Espanha	2,8
Estados Unidos	2,8
Brasil – Total	2,4
Turquia	2,4
Suécia	2,2
Brasil – SUS (próprios + contratados)	1,8
México	1,0

Nota: para o cálculo da variação de alguns países, foi usada informação do ano anterior mais próximo quando não encontrada a do ano referência (2003: Coreia, Dinamarca, Itália, Canadá, República Eslovaca e 2002: Grécia).

Fontes: Braga Neto, Barbosa e Santos (2008) para países da OECD (OECD Health Data, 2006); Santos (2009) para Brasil (Leitos: IBGE, AMS 2005; Beneficiários: MS/ANS/SIB março 2007, População estimada pelo IBGE para 2005).

Tabela 3 – Número de equipamentos de Média e Alta Complexidade/Alto Custo, por 100 mil habitantes, segundo contrato/convênio SUS e disponibilidade não-SUS, Brasil, 2005

Leitos e Aparelhos de MAC	SUS	Segmento Suplementar
Mamógrafo	0,91	4,46
Litotripsor	0,16	0,65
Ultrassonografia	3,89	20,17
Tomografia computadorizada	0,60	2,47
Ressonância magnética	0,13	0,88
Radioterapia	0,17	0,27
Medicina nuclear	0,08	0,13
Raio X para Hemodiálise	0,19	0,53
Hemodiálise	7,40	2,48

Fontes: Santos, Ugá e Porto (2008) (Equipamentos e Leitos: IBGE, AMS, 2005; População do segmento suplementar, Beneficiários: SIB/ANS/MS março 2007, População brasileira estimada pelo IBGE para 2005).

Nota-se que essas desigualdades refletem a média brasileira e não mostram as desigualdades inter-regionais, que podem ser maiores ou menores, como mostrou o estudo do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (VIANNA *et al.*, 2005).

O imbricamento do SUS e do mercado privado na oferta ocorre também na oferta de recursos humanos. No caso dos médicos, a pesquisa de Machado (1997) mostrou que a maioria que trabalha no setor público também atua no privado. Esses profissionais procuram otimizar sua renda combinando diferentes formas de trabalho e ainda exercendo a medicina liberal em consultório. Configura-se, assim, uma atuação que é transversal ao SUS e ao segmento suplementar que favorece uma diversidade de arranjos muitas vezes adversos.

A distribuição desigual dos médicos no país ainda é um problema grave. O número de médicos por mil habitantes no Brasil é de 1,71, ou seja, acima do parâmetro preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1,00/1.000 hab.), mas varia de 0,58 no Maranhão até 3,47 no Distrito Federal. Diferenças grandes também são verificadas na oferta de outros profissionais de saúde por mil habitantes, como entre os enfermeiros (de 0,13 no Paraná a 1,16 no Distrito Federal), odontólogos (de 0,33 no Maranhão a 2,2 no Distrito Federal), nutricionistas (de 0,03 no Maranhão a 0,48 no Distrito Federal), entre outros (BRASIL, 2006c).

Dificuldades no tempo de espera para a continuidade da atenção

A situação descrita na oferta certamente se relaciona com o fato de que os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias eletivas constituem a maior causa de insatisfação dos usuários do SUS. Um grande inquérito realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS) revelou que 67% das respostas acerca dos principais problemas enfrentados envolviam o fator “tempo”, ou seja, filas de espera para obter consultas (41%), exames (14%) e internações (7.5%). Na resposta à pergunta sobre “quais problemas na área da saúde

o governo deveria resolver?”, predominou a falta de recursos (humanos, medicamentos, postos, hospitais, equipamentos) e a demora no atendimento e no agendamento (BRASIL, 2003).

Nesse estudo, que também visava a acompanhar mudanças no sistema comparando resultados com um inquérito anterior, chegou-se à seguinte conclusão:

O problema mais grave dos serviços de saúde, citado em 1998, era relativo às filas de espera. Isto não mudou, em 2002. Mais uma vez, ficou evidente que o ponto sensível- a face mais perceptível, para os brasileiros entrevistados, ao avaliarem o SUS, é referente ao fator tempo [...] (BRASIL, 2003, p. 43).

Surpreendentemente, a principal problemática do SUS vem tendo um tratamento restrito no meio acadêmico com a existência de pouquíssimos estudos que analisem ou quantifiquem de forma mais precisa essa questão. Uma informação importante advém da pesquisa de Pessoto *et al.* (2007) realizada na região metropolitana de São Paulo com a constatação de que pacientes do SUS aguardavam mais do que o dobro de tempo nas salas de espera (consultórios, pronto-socorros e hospitais) do que aqueles com plano de saúde e, nesse caso, o tempo diminuía à medida que a renda aumentava.

Essa temática aparece de forma expressiva em material bibliográfico proveniente da grande imprensa, organizações não-governamentais, Secretarias Estaduais e Municipais e Conselhos de Saúde, a partir dos quais é possível estabelecer um panorama tanto da gravidade da situação como de algumas medidas realizadas pelos gestores locais para tentar atenuá-la.

Experiências com Consórcios intermunicipais cresceram no país e puderam se fortalecer a partir da sanção presidencial da lei nº 11.107 de 06/04/2005, que favoreceu a execução desse instrumento como um mecanismo de governança regional. Os consórcios têm configurado uma alternativa para assegurar consultas e exames especializados que exigem maior densidade tecnológica (NEVES; RIBEIRO, 2006; GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004). Alguns municípios também investiram na estruturação de Policlínicas de Especialidades e na organização de Centrais de Marcação de Consultas, de Exames e de Internações Hospitalares com a introdução de recursos das novas tecnologias de informação para a constituição de redes integradas de serviços, como foi o caso de Niterói, Curitiba, Florianópolis, Belo Horizonte, entre outros.

Também na saúde suplementar a problemática dos elevados tempo de espera começa a se manifestar, expressando-se numa disponibilidade restrita da agenda médica e no descenciamento opcional de profissionais mais qualificados, o que tem preocupado operadoras e usuários (CONILL *et al.*, 2007).

Os esforços para contornar este problema, que é parcialmente responsável pelo crescimento dos gastos diretos das famílias, podem se revelar insuficientes sem uma análise de seus fatores explicativos que expressam, na desigualdade do acesso, as consequências dos diversos arranjos decorrentes do *mix* público-privado existente no país.

Algumas razões têm sido enumeradas para justificar a presença de seguros privados suplementares aos sistemas estatutários em diversos países, tais como a baixa qualidade dos sistemas

públicos, a possibilidade da livre escolha, a obtenção de tipos específicos de serviços ou diferenciais em termos de hotelaria e comodidades (MOSSIALOS; THOMPSON, 2004). No caso do Brasil, argumentos também têm sido levantados no sentido de que a presença desses seguros poderia diminuir a pressão sobre os serviços públicos, além de captar de forma mais rápida as insatisfações, agregando novos produtos ao mercado. Porém, a discussão central a ser enfrentada é o tipo de regulação a ser realizada, de forma que a eficiência e principalmente a equidade do sistema como um todo não fiquem comprometidas (RODRIGUEZ, 2001).

Um estudo internacional mostrou que em países onde o seguro tinha uma inserção paralela e duplicada, como no Reino Unido e na Nova Zelândia, as listas de espera para os serviços públicos eram maiores do que naqueles em que não havia duplicação, como no Canadá e na Holanda. Também não há evidências de que o tempo de espera dos sistemas públicos possa ser diminuído devido à existência do seguro privado (OECD, 2004). Nos sistemas duplicados, as pessoas que possuem seguro privado tendem a continuar utilizando o sistema público para os serviços mais complexos e custosos, tornando a fila de espera no setor público ainda mais lenta do que seria sem a existência do seguro privado e com maior custo por paciente (TUOHY; FLOOD; STABILE, 2004; JONES; KOOLMAN; VAN DOORSLAER, 2005; GONZALEZ, 2005).

Esses aspectos adquirem especificidades segundo as bases históricas, econômicas, políticas e culturais de cada sociedade e, também, de algumas características setoriais, tais como a propriedade pública da oferta hospitalar. No caso brasileiro, um conjunto de elementos relacionados com a heterogeneidade estrutural de nossa sociedade se conjuga de forma adversa à estrutura da oferta, fazendo com que a existência de uma cobertura duplicada venha a intensificar as desigualdades no acesso.

Passamos agora a descrever as características predominantes do modelo assistencial ou das práticas nos dois subsistemas em foco, uma vez que acesso e integralidade são duas categorias cuja análise deve estar interligada. A integralidade só se expressará de forma adequada com a garantia de acesso, da mesma forma que só é interessante e vantajoso ter acesso a um sistema com garantias integrais.

A integralidade na prática: uma comparação dos modelos de atenção predominantes no SUS e no segmento suplementar e suas implicações para as desigualdades do sistema de saúde

Considerações conceituais

Entre os princípios constitucionais que orientam a organização do sistema de saúde brasileiro, a integralidade é certamente aquele que despertou o maior número de interpretações. Ao contrário da concepção predominante no cenário internacional, onde se refere ao rol de serviços oferecidos para garantia do caráter completo dos cuidados, adquiriu aqui uma abrangência muito maior. Os significados que o conceito de integralidade tem assumido possibilitam sua análise em três níveis inter-relacionados, no nosso entendimento: no plano individual ou do cuidado, no do sistema e no da ação social.

No plano individual, o sentido que vem sendo difundido diz respeito a enfatizar uma visão da pessoa como um todo, o que implica que não deva ser considerada como um órgão ou um aparelho de um corpo enfermo. A ideia é que essa concepção assegure a percepção dos sujeitos como uma totalidade bio-psicossocial, ou seja, com vida, biografia, história e complexidades próprias de cada um. Esta concepção se opõe àquela que considera o processo saúde-doença como estanque e segmentado – o órgão doente demanda uma intervenção especializada, apenas técnica, que leva ao uso e abuso de exames complementares. Com isto, procura-se justificar as subespecialidades que se apresentam como monopólio de um saber que leva à fragmentação do sistema com uma crescente falta de vínculo e desumanização da medicina.

Para que essa concepção abrangente possa se manifestar no nível dos cuidados, é necessário que a outra dimensão da integralidade, que se refere à gestão e aos aspectos técnico-organizacionais do sistema, permita assegurar ações integrais que vão desde a promoção até a recuperação das doenças. Essas ações devem se articular de forma que a promoção tenha continuidade com a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento, a recuperação e a reabilitação. As práticas atuais ainda fragmentam estas ações e, na divisão do trabalho em saúde, definem papéis separados para os diversos profissionais. A atual importância das doenças crônicas vem mostrando a necessidade de substituir serviços hierarquizados por redes integradas de cuidado baseadas numa cooperação gerenciada.

Outro sentido da integralidade igualmente importante é a perspectiva de propiciar uma ação social coletiva que possibilite a identificação e alteração das condições de vida que afetam a saúde através de organizações sociais de trabalhadores, consumidores, moradores, entre outros, que possam impulsionar políticas públicas intersetoriais garantindo o controle social. A falta de transporte, a precariedade de moradia, de saneamento básico e do trabalho são alguns dos múltiplos fatores que fazem parte da causalidade no processo saúde-doença e de seus determinantes sociais.

Uma vez apresentadas as diversas dimensões que envolvem o conceito de integralidade, passamos a descrever a forma como esse princípio legal tem se manifestado nas práticas de saúde no SUS e no segmento suplementar. Inicialmente, é necessário esclarecer alguns conceitos relacionados aos termos 'sistema de saúde' e 'modelo assistencial' de forma a situar suas relações com a integralidade enquanto atributo do desempenho e da qualidade dos serviços.

Um sistema de saúde corresponde ao conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde que se concretizam em organizações com regras que as norteiam e para uma prestação de serviços com resultados condizentes com o valor e a concepção de saúde numa determinada sociedade. Já os sistemas de serviços são parte do sistema de saúde e correspondem ao conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (LOBATO; GIOVANELLA, 2006).

As dimensões mais frequentemente utilizadas para descrever e analisar os sistemas de serviços têm sido: grau de cobertura de serviços e da população, fontes de financiamento, tipo de organização e grau de integração entre os agentes financiadores e os prestadores, propriedade dos serviços, formas de remuneração e regulação dos profissionais, especialmente dos médicos.

O modelo assistencial ou de atenção à saúde expressa a forma como esses diversos componentes se relacionam, levando a um determinado modo de produzir serviços. Implica, portanto, uma dimensão concreta (recursos financeiros, materiais, força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção que se articulam de maneira a constituir uma determinada estrutura de prestação de serviços, mas também um conjunto de discursos, projetos e políticas que assegurem a sua reprodução social.

Diversas formas de produção de serviços podem coexistir numa mesma sociedade, e o caráter plural do modelo assistencial é certamente mais complexo do que a bipolaridade de uma análise que considere apenas a origem pública ou privada de recursos. Sabemos que num mesmo momento histórico podem coexistir vários modelos, tais como clínico ou epidemiológico, estatal ou privado, produção de serviços segundo a lógica do trabalho liberal ou assalariado, da pequena produção ou de empresas, configurando diferentes projetos de grupos ou atores sociais em disputa (CAMPOS, 1992). É evidente que princípios organizativos, tais como a integralidade, vão se expressar de maneira muito distinta nesses diferentes projetos.

A integralidade no SUS

Nos primeiros anos de implantação do SUS, prevaleceram ações na esfera político-jurídica e administrativa com integração e fusões de instituições, passagem de estruturas físicas e recursos humanos associados à tentativa de manter e difundir os novos princípios da política de saúde numa conjuntura desfavorável. Preocupações com mudanças no modelo assistencial permaneceram restritas, embora um conjunto de críticas e pesquisas já viesse apontando os perigos que a falta de transformações no cotidiano assistencial da população poderiam trazer para a legitimidade da reforma sanitária (FLEURY; CARVALHO, 1996; MENDES, 1995).

A partir de 1996, houve um impulso na política de descentralização e as Normas Operacionais Básicas favoreceram o arcabouço legal e administrativo necessário para o novo papel atribuído ao poder local, ainda que algumas análises apontem o despreparo existente nessa esfera (BODSTEIN, 2002). A existência de um vazio programático para a questão assistencial no SUS parece explicar a emergência do Programa de Saúde da Família (PSF) nesse cenário. É possível, também, que oferecer um incentivo financeiro para contratação de equipes se configurasse como um mecanismo operacionalmente viável para estimular o reordenamento das práticas em nível municipal.

Assim, se no primeiro documento ministerial (BRASIL, 1994), o PSF é entendido como um programa, nos que se seguem passará a ser considerado uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, enfatizando-se seu caráter substitutivo que possibilitaria mudanças no sistema como um todo. Fazem parte de suas diretrizes: a territorialização com cadastramento da população, a responsabilização do cuidado por uma equipe de saúde e uma ampla gama de atividades individuais e coletivas. As equipes e Unidades de Saúde da Família deveriam ser a porta de entrada do sistema local de saúde, de forma a substituir as práticas convencionais por uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde (BRASIL, 1998).

Gradativamente e enfrentando embates relacionados com a possibilidade de vir a reforçar uma política de ações focalizadas ou pacotes mínimos de cuidado para populações de baixa renda, o PSF se expande e ultrapassa gestões de diferentes matizes políticos. Em março de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, o Pacto de Gestão regulamenta seu financiamento e o Pacto pela Vida reitera a Estratégia Saúde da Família como centro ordenador das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006a. Atualmente, existem 29.057 equipes implantadas em 5.235 municípios, o que significa uma abrangência de mais de 90% das cidades brasileiras (MS, DAB, 2009).

Os resultados da aposta num modelo mais integral, representado pela Estratégia da Saúde da Família e pela organização de sistemas municipais permanece controverso, apesar de inegáveis avanços. Alguns estudos demonstraram um efeito positivo do PSF na diminuição da desigualdade de alguns indicadores de saúde em municípios cobertos pelo programa e categorizados por faixa de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), além da diminuição da mortalidade infantil em municípios cobertos pelo programa. A estratégia também propiciou mudanças no processo de trabalho com atividades inovadoras nas Unidades Básicas com PSF em comparação às tradicionais, sendo a mudança do perfil das práticas mais evidente em municípios de pequeno porte. No entanto, persistem importantes problemas no acesso, principalmente para serviços especializados e exames complementares, na obtenção e na manutenção de recursos humanos adequados, na gestão e na implantação em grandes municípios e regiões metropolitanas (CONILL, 2008).

Essas dificuldades se misturam aos obstáculos decorrentes dos reflexos negativos do padrão de desenvolvimento econômico e social nas periferias urbanas. A aplicação do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), um instrumento para avaliação dos atributos da atenção primária já validado no Brasil, identificou que as dimensões com as quais os usuários estavam mais satisfeitos no estado de São Paulo eram: a porta de entrada, o vínculo e os profissionais. Na capital, a acessibilidade foi referida por usuários, profissionais e gestores como a pior dimensão em todos os estratos de exclusão social, tanto no PSF como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. O Índice de Atenção Básica (IAB) foi comparativamente mais favorável ao PSF em todos os estratos, mas quanto maior a exclusão pior era a avaliação (ELIAS *et al.*, 2006).

Uma análise da implantação do PSF em Florianópolis chamou a atenção para uma questão importante da relação entre acesso e integralidade. Foram identificados problemas no acesso decorrentes de uma relação subdimensionada entre equipes e as famílias sob sua responsabilidade e, na referência para exames e serviços especializados, uma das dimensões necessárias para garantir a integralidade do cuidado. Essa dificuldade no acesso poderia dificultar as vantagens obtidas nos demais itens da integralidade ao prejudicar a realização de atividades de promoção, prevenção e visitas domiciliares em função da sobrecarga das equipes. Havendo também problemas na referência para especialidades, o acesso ao cuidado mais complexo tornava-se difícil e a integralidade prejudicada como um todo (CONILL, 2002).

Apesar desses limites, não há dúvida de que, no âmbito do SUS, ocorreu uma difusão importante de um discurso e de um conjunto de medidas político-administrativas e financeiras

favoráveis ao princípio da integralidade. Esse discurso transpôs a fronteira entre o SUS e o segmento suplementar, tendo influenciado também este último, ainda que com uma expressão muito diversa na prática.

A integralidade no segmento suplementar

A primeira e mais importante indução de mudanças no modelo de prestação de serviços feita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ocorreu a partir na lei nº 9.656 de 1998, com a garantia de uma cobertura integral, assim entendida por impedir exclusões de doenças e limitações de procedimentos e de internações. Segundo Santos (2009), a edição de uma ampla cesta de serviços cobertos (Rol de Procedimentos) previa também alternativas terapêuticas que já incluíam o trabalho multidisciplinar e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, orientando uma cobertura com um cuidado mais integral. Essa diretriz teve maior ênfase a partir do Programa de Qualificação da assistência à saúde (BRASIL, 2006d) e de outros instrumentos de incentivo à promoção e prevenção, como o que assegura facilidades contábeis para operadoras que tenham sistematizado esse tipo de ações³. A cada atualização do Rol de Procedimentos, amplia-se o leque de procedimentos obrigatórios, como a de 2008 que incluiu consultas com fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo (BRASIL, 2007b).

Em 2005, a ANS já havia publicado os resultados de uma pesquisa visando ao estudo dos modelos assistenciais em sete operadoras localizadas em São Paulo, Rio de Janeiro, Campinas e Belo Horizonte (BRASIL, 2005b). Foram analisadas algumas linhas de cuidado (paciente cardiológico em situação de infarto agudo do miocárdio, cuidado ao parto e cuidado ao paciente pediátrico), tendo como referência os princípios de atenção integral, humanização, estabelecimento de vínculo e resolubilidade das práticas de saúde. Os autores concluíram que o modelo de assistência na saúde suplementar, além de assentar-se na biomedicina, era também marcado por uma forte fragmentação dos serviços.

Um novo estudo realizado no sul do país (CONILL *et al.*, 2007) identificou os itinerários terapêuticos de usuários na área da cardiologia, oncologia, obstetrícia e saúde mental para quatro situações marcadoras (infarto agudo do miocárdio, câncer de mama, alcoolismo e parto). Com exceção do câncer de mama, a incorporação de ações preventivas ou inovadoras era praticamente ausente. Embora referindo satisfação com os profissionais e com o plano, os pacientes realizavam diversos arranjos para superar lacunas na integralidade da atenção propiciada em busca de um maior acolhimento e vínculo. Esses arranjos incluíam, por exemplo, o uso de serviços públicos para garantir a assistência farmacêutica ou a necessidade de recorrer a redes de apoio informais ou religiosas.

Mudanças no processo de trabalho têm ocorrido com a introdução de programas de atenção domiciliar em algumas operadoras, o que parece facilitar o trabalho em equipe, a atuação em rede, novas práticas terapêuticas e o compromisso profissional. Segundo alguns autores, podem

³As normas da ANS, Resolução Normativa nº 94 (BRASIL, 2005c) e da Instrução Normativa nº 10 (BRASIL, 2005a), estabeleceram a ampliação dos prazos para constituição de ativos garantidores para as operadoras que adotassem programas de promoção e prevenção.

vir a constituir um dispositivo de reestruturação produtiva no segmento suplementar com a incorporação de modos diferentes de produzir o cuidado (FRANCO; MERHY, 2008).

A partir de 1999, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), operadora de autogestão, implantou serviços de saúde da família nas principais capitais e reconheceu em reforma estatutária o princípio da atenção integral e da atenção primária como eixos estruturantes de suas ações. No entanto, mesmo com evidências de sua viabilidade e da demonstração epidemiológica de suas vantagens, não houve significativa expansão desse programa (XAVIER *et al.*, 2008; REIS, 2008).

Em 2007, a discussão acerca de um modelo de atenção integral com promoção da saúde aparece como uma temática relevante no discurso da direção da Confederação das UNIMEDS do Brasil, sendo referida como avanços que preparam as cooperativas para os novos desafios no setor (UNIMED, 2007).

É possível que a tendência de estabelecer novas modalidades de assistência no segmento suplementar seja decorrência de pelo menos dois fatores externos. De um lado, a pressão exercida pelos custos crescentes de um modelo de cuidados fragmentado com incorporação e uso intensivo de tecnologias materiais; do outro lado, a atual política de regulação da ANS. Mas mostra também a difusão e a interpenetração do discurso entre o SUS e o segmento suplementar com o avanço, embora ainda mais teórico do que prático, na direção de uma organização e uma prestação de serviços mais integrais.

A primeira diferença importante entre o SUS e o segmento suplementar que pode impedir esse resultado é a ocorrência de abundância de tecnologias leves e da escassez de procedimentos mais complexos no SUS, ocorrendo o contrário no segmento suplementar. Essa situação tem implicações importantes para a qualidade da atenção, ainda que de natureza diferente. Por exemplo, uma gestante 'exposta' aos cuidados obstétricos no segmento suplementar está sob um risco maior do que as gestantes acompanhadas no SUS de realizar uma cesareana desnecessária, aumentando o risco às suas consequências adversas.

A segunda diferença diz respeito à ausência de uma comunidade definida como foco das ações e ao predomínio do pagamento por procedimentos no segmento suplementar, fatores que dificilmente serão propícios a um trabalho cooperativo voltado para a promoção e prevenção. Já no SUS, o despreparo técnico e a rotatividade política da gestão, a escassez de recursos humanos adequados e o pagamento com salários fixos são algumas das dificuldades para o estabelecimento de uma rede de serviços orientada pela integralidade.

Mas o principal nó crítico a ser enfrentado advém das desigualdades que se estabelecem em consequência de uma utilização combinada e dos diversos arranjos feitos no cotidiano assistencial por usuários e prestadores. Três situações ilustram e possibilitam uma reflexão nesse sentido: o tratamento para hepatite C, a realização de transplantes e o acesso a outros medicamentos especiais ou de alto custo. Nos dois primeiros casos, ao realizarem rapidamente os exames complementares, os pacientes do segmento suplementar têm chances de obter mais rapidamente esses procedimentos. A obtenção de medicamentos especiais onera

o sistema público, alimentando uma ‘judicialização’ perversa por uma demanda cara e sem eficácia comprovada.

Um estudo realizado pelo IPEA (NUNES *et al.*, 2005) corrobora essa hipótese mostrando que há predomínio da população de baixa renda na utilização dos serviços de atenção básica e de média complexidade enquanto nos de alta complexidade o perfil de renda coincide com o da população em geral. Alguns desses arranjos são formas que a classe média vem encontrando para evitar o pagamento direto dos serviços que têm aumentado sugerindo que, além de duplicada, a cobertura e modelo de atenção como um todo apresentam importantes insuficiências a serem superadas.

Finalmente, é preciso considerar que, da mesma forma que o discurso da integralidade vem circulando entre o SUS e o segmento suplementar, as pressões do mercado e a abundância tecnológica presente no segmento suplementar influenciam as representações dos prestadores, de profissionais e dos usuários numa direção contrária a um modelo de atenção orientado pelo princípio da integralidade. Por isso e pelo conjunto de razões já enunciadas, torna-se necessário pensar numa regulação que considere a totalidade do sistema de saúde, o que discutiremos em conclusão.

Conclusão: por uma regulação integrada para redução das desigualdades

Os avanços do SUS, para serem acelerados, pressupõem a recuperação conceitual, política e prática da reforma sanitária de modo que o Estado brasileiro seja pressionado a concretizar ações eficazes em relação ao meio ambiente, às condições de emprego, salário e renda compatíveis com a sustentabilidade da vida humana, com a superação das precárias condições de vida em favelas e áreas degradadas nas regiões metropolitanas, assim como o enfrentamento do analfabetismo e das deficiências relacionadas ao ensino fundamental e médio. Isto significa contribuir para um debate que possa desnaturalizar o SUS enquanto mera modalidade assistencial, recolocando a discussão no âmbito do desenvolvimento social e das políticas públicas.

Mas significa também, do ponto de vista da produção do conhecimento, reconhecer, identificar e analisar os efeitos que um sistema dual tem sobre os direitos à saúde. Mostramos como a heterogeneidade estrutural e os traços de uma cultura marcada por um agir particularista podem representar barreiras para o enfrentamento das dificuldades decorrentes da atual configuração do sistema brasileiro que tende a intensificar desigualdades no acesso e na integralidade da atenção. Enquanto a população pobre só tem acesso ao SUS, os usuários do segmento suplementar podem constitucionalmente utilizar os dois. E isto se dá, como vimos, para exames mais sofisticados, procedimentos e medicamentos mais custosos criando-se uma situação em que é o SUS que se torna suplementar para aqueles que possuem plano privado. Considerando as devidas proporções de diferenças entre os países desenvolvidos e o Brasil (tanto de qualidade do sistema público de saúde, como quantitativas da proporção da população coberta por seguro privado), observa-se que esta é uma situação absolutamente particular no Brasil, mas que se enquadra nos mesmos tipos de efeitos negativos, mostrados na tipologia que trata das funções que os seguros

privados exercem nos sistemas de saúde: o tipo de mix em que o seguro privado duplica a cobertura do sistema público (SANTOS, 2009).

Na América Latina, a experiência desenvolvida pelo Chile ao estabelecer um Regime de Garantias Explícitas em saúde contém elementos que podem contribuir para informar a discussão sobre mecanismos de regulação em países com sistemas duais. As reformas pró-mercado implementadas na década de 1980, ao permitirem a opção entre um sistema público (*Fondo Nacional de Salud*, FONASA) e um sistema privado (*Instituciones de Salud Previsional*, ISAPRES), tiveram um impacto negativo com aprofundamento de desigualdades. Durante o processo de redemocratização, um amplo debate foi desencadeado (governo, corporação médica, sindicatos da área da saúde, representantes do setor privado e da sociedade civil) com a entrada em vigor, em 1995, da Lei AUGE que trata do “*Acceso Universal para prestaciones integrales y Garantias Explícitas*”, também conhecida como Plano AUGE.

Essas garantias possibilitaram a operacionalização de direitos que podem ser exigidos por todos nos dois subsistemas de saúde. Recobrem, atualmente, um conjunto de 56 problemas prioritários para os quais estão definidos parâmetros de acesso, oportunidade (tempo ou prazos para o atendimento), qualidade e proteção financeira (limites de copagamento ou gratuidade) (GOBIERNO DO CHILE, 2009). Algumas críticas têm sido feitas ao rol de problemas normatizados até o momento e por ser ainda limitado o número de chilenos que conhecem e usufruem das vantagens da explicitação dessas garantias. Os benefícios do plano seriam mais evidentes no sistema público por melhorias no acesso em decorrência dos investimentos que foram realizados. Ainda assim, o Plano AUGE tem sido considerado promissor tanto para a regulação como para a melhoria da problemática da coordenação de sistemas duais (FAJURI, 2007; WORLD BANK, 2008).

Em nosso caso, a institucionalização de um novo patamar na expressão concreta de direitos e garantias na saúde passa pela produção de um consenso em torno da redefinição do papel do Estado na superação de desigualdades inaceitáveis no acesso e na qualidade das ações de saúde. Apesar da aparente distinção entre um subsistema estatal (público) e um subsistema privado no Brasil, a análise comparativa da oferta e de suas práticas permitiu identificar diversos graus de imbricamentos, com uma interdependência que alimenta a geração dessas desigualdades.

Muito embora o SUS seja um importante agente financiador da assistência hospitalar, a expansão da capacidade instalada do setor público se deu às custas de unidades de atenção básica com um predomínio em torno da não-especialização, ocorrendo o oposto no setor privado. E a corporação médica, ator central na mediação das políticas e de sua expressão concreta no cotidiano assistencial, manteve uma inserção transversal aos dois subsistemas. Esse arranjo peculiar lhe permite manter o sonho liberal com seguranças trabalhistas, mas constitui uma interface que gera representações sociais e influências nem sempre benéficas.

Ter como horizonte uma ação de regulação integrada para um Sistema Nacional de Saúde significaria um passo adiante na construção da reforma sanitária, pois implica ações dirigidas tanto ao segmento público (o SUS) como ao segmento privado, contratado ou não pelas opera-

doras de planos de saúde (segmento suplementar), ou seja, ações regulatórias direcionadas ao conjunto dos componentes essenciais e aos resultados do sistema de saúde como um todo.

Supõe-se que a regulação deva compreender a produção, prescrição e consumo de medicamentos, as ações dos serviços e a prática dos profissionais, a oferta, incorporação e uso de tecnologias envolvendo, portanto, uma ação conjugada do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério de Educação e do Ministério do Trabalho. A perspectiva de uma regulação integrada no campo da saúde envolve critérios técnicos e exige uma divisão institucional de trabalho. Ou seja, é necessário trabalhar na direção de uma ‘repartição integrada de tarefas regulatórias’, o que implicaria uma ação interministerial envolvendo os seguintes eixos principais:

- 1 - regulação da oferta de tecnologia em saúde, compreendendo parâmetros com indicadores do número de equipamentos por população com critérios de segurança, efetividades e eficácia;
- 2 - regulação da quantidade e da qualidade da formação e do mercado de trabalho de profissionais de saúde por meio da certificação e recertificação de especialidades estratégicas com regulação de número de horas para atualização continuada;
- 3 - regulação dos honorários profissionais, migrando para combinação de formas de pagamento por capitação, por resultados e por cobertura assistencial (incentivos em locais de difícil acesso);
- 4 - regulação da acreditação de estabelecimentos de saúde;
- 5 - regulação de parâmetros de acesso e qualidade assistencial para condições de saúde mais prevalentes;
- 6 - regulação da produção e da oferta dos medicamentos e de insumos estratégicos para a saúde.

A efetivação de uma proposta dessa ordem encerra evidentes dificuldades considerando-se as raízes históricas e as características de nossa formação social, as possibilidades de financiamento e de oferta de serviços, de informação dos cidadãos e, não menos importante, da capacidade política e operacional que o Estado tem para regular o conjunto do sistema. Mesmo que essa proposta esteja situada nos limites do ‘deve ser’, apontá-la constitui um primeiro passo diante da inegável necessidade de uma negociação para novos caminhos na política de regulação setorial. Se é verdade que os significados culturais informam ações individuais e coletivas e determinam padrões específicos de sociabilidade e de institucionalidade, o estabelecimento de novas relações entre Estado e sociedade é justamente o que pode vir a contribuir para modificá-las.

Referências

ACIOLE, G.V. *A saúde no Brasil, cartografias do público e do privado*. Campinas, São Paulo: SINDIMED/HUCITEC, 2006.

ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.

- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, supl, p. 23-36, 2002.
- BAHIA, L. *et al.* O Mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 951-965, 2006.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, p. 401-412, 2002.
- BRAGA NETO, F.C.; BARBOSA, P.R.; SANTOS, I.S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2008. p. 665-704.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ANS, dez. 2008.
- _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2007a.
- _____. *Resolução Normativa nº 167 de 9 de janeiro de 2007*. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências, 2007b.
- _____. *Portaria 648 de 28 de março de 2006*. Aprova a política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa agentes Comunitários de Saúde (PACS). 28 de março de 2006a.
- _____. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil*. IDB 2006. Brasília: OPAS, 2006b. [on-line] Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm> Acesso em: 24 jan. 2009.
- _____. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2006c*. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>. Acesso em: 17 mai. 2010.
- _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2005. Versão Agosto 2006d.
- _____. *Instrução Normativa nº 10 de 23 de março de 2005 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos*. Estabelece procedimentos de apresentação e critérios para avaliação dos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, propostos pelas operadoras de planos privados de assistência suplementar à saúde, citados na RN nº 94 de 23 de março de 2005a.
- _____. Ministério da Saúde. *Dois Faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005b.
- _____. *Resolução Normativa nº 94 de 23 de março de 2005*. Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários, 2005c.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: CONASS, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. *Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. *Programa de Saúde da Família - Saúde Dentro de Casa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. Ministério da Saúde; Departamento de Atenção Básica. *Mapas da Atenção Básica e Saúde da Família*. 2009 [on-line]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> Acesso em : 23 mar. 2009.
- CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma, repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- CARVALHO, G. *Gasto com Saúde no Brasil em 2006*. [on-line]. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/> Acesso em: 10 mai. 2007.
- CONILL, E.M. Ensaio histórico conceitual sobre a Atenção Primária de Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, supl 1, p. S8-S27, 2008.

- CONNILL, E.M. *et al.* Relação público-privado e arranjos técnicos assistenciais na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na região sul. Relatório de pesquisa, Rede de Centros Colaboradores em Saúde Suplementar/Núcleo Sul. CECCIN, R. (Coord.). *Estudos, pesquisas e interações regionais para a qualificação da saúde suplementar- projetos de investigação e atuação*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.
- CONNILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, supl, p. 191-202, 2002.
- ELIAS, P.E. *et al.* Atenção básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.
- FAJURI, A.Z. Sistemas sanitários y reforma AUGE em Chile. *Acta bioethica*, Santiago, v. 13, n. 2, Nov. 2007. [on-line] Disponível em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-569x2007000200012. Acesso em: 17 mai. 2010.
- FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Revista de Planejamento e Políticas Públicas*, n. 3, p. 139-162, 1990.
- FLEURY, S. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FLEURY, S.; CARVALHO, A. Municipalização da saúde e o poder local no Brasil. EBAP/FGV. *Jornal do CONASEMS*, ano III, n. 34, ago. 1997, p. 10-12, 1997.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 52, p. 1511-1520, 2008.
- GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa*. Um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GERSCHMAN, S. *et al.* Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 487-500, 2007.
- GOBIERNO DE CHILE. MINSAL (Ministério de Salud). *Plan AUGE*. 2009. [on-line]. Disponível em http://www.gobiernodechile.cl/plan_auge/que_es_auge.asp Acesso em: 17 mai. 2010.
- GONZÁLEZ, P. On a policy of transferring public patients to private practice. *Health Economics*, v. 14, p. 513-527, 2005.
- GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso. *Saúde em Debate*, v. 28, n. 67, p. 149-58, 2004.
- HOLANDA, S.B. *Raízes do Brasil*. 26ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
- _____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
- JONES, A.M.; KOOLMAN, X.; VAN DOORSLAER, E. *The impact of supplementary private insurance on the use of specialists in selected European countries*. 2005. [on-line] Disponível em: <http://www2.eur.nl/bmg/ecuity/ecuityiiiwp.htm> Acesso em: 17 mai. 2010.
- LOBATO, L.V.; GIOVANELLA, L. *Introdução à Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde*. Curso à Distância de Aperfeiçoamento em Metodologias de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Escola de Governo/ENSP/Fiocruz e Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde, 2006.
- MACHADO, M.H. *Os médicos no Brasil, um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1995.
- MOSSIALOS, E.; THOMPSON, S.M.S. *Voluntary Health Insurance in Europe Union*. Copenhagen, World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- NEVES, L.A.; RIBEIRO, J.M. Consórcio em saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006. [on-line] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/20.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2010.

NUNES, A. *et al.* *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *OECD in Figures 2006-2007*. OECD Observer, Supplement 1, 2006.

_____. *Private Health Insurance in OECD Countries*. The OECD Health Project, 2004.

Pessoto, *et al.* Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 351-362, 2007.

PORTO, S.M.; SANTOS, I.S.; UGÁ, M.A.D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 895-910, 2006.

POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade*. heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1989.

REIS, M.L. *Estratégia de saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições de uma nova proposta*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.

RODRIGUEZ, M. El espacio de los seguros privados em los sistemas sanitários públicos: marco conceptual y políticas. *Gaceta Sanitaria*, v. 15, n. 6, p. 527-537, 2001.

SANTOS, F.P.; MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, 2008.

SANTOS, I.S. *O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SANTOS, I.S.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS, N.R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 429-436, 2007.

SASSON, D. *et al.* Diferenças no perfil de mortalidade da população brasileira e da população beneficiária de planos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 134-172. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

TUOHY, C.H.; FLOOD, C.M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD Nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 29, n. 3, p. 359-396, 2004.

UNIMED. Avanços preparam a UNIMED para os desafios do setor. *Confidencial Brasil*, v. 7, n. 33, jan./fev., 2007.

VAITSMAN, J. Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, p. S37-S46, 2002. VIANNA, S.M. *et al.* (Coord.). *Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e financiamento*. Volume I. Projeto Economia da Saúde. Brasília, DF: IPEA/MS, 2005.

WORLD BANK. Realizing rights through social guarantees: an analysis of new approaches to social policy in Latin America and South Africa, Social Development Department, Report No 40047- GLB. 2008. Disponível em: <http://go.worldbank.org/P2LXPQUIZO>. Acesso em: 1 abr. 2009.

XAVIER, A.J. *et al.* Tempo de Adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003-2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1543-1541, 2008.

Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal

José Carvalho de Noronha

Isabela Soares Santos

Telma Ruth Pereira

Antecedentes

As duas últimas décadas do século 20 registraram profundas mudanças no Brasil e no mundo. Os 25 anos da idade de ouro do capitalismo mundial do pós-guerra, com a grande expansão do estado de bem-estar social nos países centrais, encerraram-se. O bloco socialista liderado pela União Soviética ruiu. Os países africanos ao sul do Saara desapareceram na cauda da história e do mundo, desmantelados ainda mais pela AIDS. Os sopros de crescimento da América Latina evanesceram e encerraram-na num desesperado ciclo em busca de si mesma. Foi o período em que a circulação do capital financeiro pelo mundo atingiu níveis e volumes inimagináveis por ficcionistas inspirados, em que o poder no mundo concentrou-se com uma intensidade e centralidade de tal magnitude que surgiram profecias de ‘fim da história’, fixando a nova era da supremacia absoluta do mercado, paradigma este que seria abalado pela crise do capital financeiro e pela revalorização do papel interventor do Estado, já no novo milênio. Foi também o período da expansão da tecnologia da informação e da comunicação, tornando uma parte significativa do mundo mais próxima e veloz.

Foi nesse contexto que o Brasil trafegou em direção à democracia política na década de 1980. A abertura da sociedade para o debate ampliado de suas opções de desenvolvimento e os avanços institucionais promovidos pela Constituição de 1988, sobretudo na área social, como foi o

caso da Seguridade Social, tiveram que se confrontar simultaneamente com restrições de caráter político e econômico.

Assim foi também com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A inscrição do direito à saúde como preceito constitucional e a organização de um sistema de acesso universal e igualitário, descentralizado e financiado por fundos públicos, confrontaram-se diuturnamente com poderosas restrições fiscais e com os altos índices de pobreza da sociedade brasileira. Com isso, embora tenha havido, desde então, melhora em grande parte dos indicadores de saúde, eles ainda indicam precárias condições de saúde e de acesso aos serviços. Separar as consequências de um e de outro processo sobre tais condições não é tarefa simples. Entretanto, aqui e ali podem ser detectados com alguma nitidez os avanços e entraves que esses embates propiciaram.

O intenso processo de urbanização ocorrido nas últimas duas décadas do século passado gerou um rearranjo populacional, social e cultural. Em 2000, cerca de 80% da população vivia em cidades. Embora as camadas pobres da população permaneçam marginalizadas em periferias urbanas e favelas, houve melhoria no acesso aos serviços de saúde, principalmente a partir da organização do SUS, que estendeu a cobertura de serviços médico-sanitários a grandes contingentes da população brasileira de maneira universal e gratuita (na ocasião do uso). Do mesmo modo, a vida urbana favoreceu, mediante os meios de comunicação, a disseminação de informações referentes à qualidade de vida, fato que deve exercer um papel importante nas mudanças de hábitos e comportamentos em relação aos fatores de agravo à saúde. O acesso a redes de água potável e as melhorias na cobertura do saneamento básico (esgoto e lixo) tiveram impacto significativo na melhoria dos indicadores de saúde.

Embora raramente abordado nas revisões da história do desenvolvimento do SUS, um dos grandes avanços normativos da Constituição de 1988 foi a radical mudança do conceito de proteção social introduzida nas disposições sobre a Ordem Social (Título VIII), com a introdução do capítulo da Seguridade Social. O termo ‘seguridade’, na realidade, é um espanholismo que foi adotado em função da contaminação do vocábulo ‘segurança’ pelos temas associados à ordem pública. Em Portugal, a expressão empregada é ‘segurança social’. Entenderam os constituintes de 1988 que, para cumprir o mandamento de ter como objetivo da ordem social, o ‘bem-estar’ e a justiça social, ou seja, garantir a ‘segurança social’, era necessário transitar de um sistema de proteção social segmentado, definido pelos modos de inserção no mercado de trabalho, de inspiração *bismarckiana*, estabelecido no primeiro governo Vargas na década de 1930 com a constituição dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, para um sistema de corte universalista, que poderíamos chamar de *beveridgeano*.

Note-se que os sistemas de saúde *bismarckianos* são os baseados no modelo de Seguro Social; e os *beveridgeanos*, no de Sistema Nacional de Saúde. No caso brasileiro, a construção do SUS foi inspirada no modelo *beveridgeano* (Relatório *Beveridge* de 1942) de proteção social ao risco de saúde e solidariedade entre os cidadãos, em que os benefícios são providos fundamentalmente pelo Estado e destinados a toda população, com acesso gratuito no ato do uso. Nos países com Seguro Social, a estrutura do financiamento setorial é vinculada ao emprego, também podendo

ser complementado com recursos públicos. O Seguro Social é organizado por categoria profissional, pela afiliação à Caixa de Assistência à Saúde. O acesso aos serviços é exclusivo aos trabalhadores e a seus dependentes.

O elemento central da radical reforma normativa foi o conjunto de disposições para o estabelecimento, como expresso no artigo 194 do texto constitucional, 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, 1988). Embora desde as antigas guildas medievais até as caixas e institutos previdenciários, instituídos ao longo do século 20, o atendimento à saúde estivesse associado às outras prestações em casos de impedimento laboral, não sucumbiram os constituintes às pressões vindas tanto de sanitaristas quanto de ‘previdenciaristas’ ortodoxos que pretendiam um capítulo à parte para as disposições sobre a saúde.

Assim que, apesar de algumas emendas terem comprometido parte de sua inspiração inicial, as disposições sobre a seguridade foram preservadas e mantiveram seus estatutos fundamentais. O artigo 194 continua a dispor que “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” (BRASIL, 1988), e seu parágrafo único determina ao Poder Público organizá-la com base nos objetivos da (i) universalidade da cobertura e do atendimento; (ii) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; (iii) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; (iv) irredutibilidade do valor dos benefícios; (v) equidade na forma de participação no custeio; (vi) diversidade da base de financiamento; e (vii) caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados.

Outras disposições, poucas vezes trazida com vigor ao debate público e, como veremos adiante, fraturada em seu mister nuclear em meados dos anos 1990, disseram respeito à definição de contribuições específicas para seu financiamento. Em primeiro lugar, que:

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:

- I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:*
 - a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;*
 - b) a receita ou o faturamento;*
 - c) o lucro;*
- II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social;*
- III - sobre a receita de concursos de prognósticos (...).*

IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (...)
(BRASIL, 1988, artigo 195).

Um dispositivo jamais cumprido ainda determina que:

A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.
(BRASIL, 1988, artigo 195, parágrafo 2º).

Entenderá a Constituição que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, artigo 196).

Por sua vez:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
 - II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais [e];*
 - III. participação da comunidade.*
- (BRASIL, 1988, artigo 198).

A inauguração da década de 1990 assistirá ao início das tentativas de impor ao país uma ‘contrareforma sanitária’. A hiperinflação da época e a vitória do ‘pensamento único’ depois da queda do muro de Berlim vão creditar aos universalistas, democratas e solidaristas os males da crise. Tem início um novo movimento de opções – nesse caso, supostamente – contraditórias: de um lado, discursa-se sobre os méritos da descentralização e do ‘controle social’ e, de outro, aprofunda-se uma subtração de recursos da saúde que reduzirá significativamente a política de incremento de gastos de meados dos anos 1980. Ao mesmo tempo em que a administração pública é destruída por uma reforma que esmaga salários e decompõe as burocracias, que a corrupção se instala no governo e no Ministério da Saúde (MS) e reduzem-se as transferências da previdência para a saúde, realiza-se a IX Conferência Nacional de Saúde sob o tema ‘a municipalização é o caminho’, dando início a uma intensificação do processo de descentralização, com enfraquecimento do poder dos estados. Extingue-se o Instituto Nacional de Assistência

Médica da Previdência Social (INAMPS), uma das poucas burocracias governamentais criadas a partir da inspiração trabalhista, a pretexto de dar maior coerência às ações de saúde, e aprova-se finalmente a lei n.º 8.080/1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde, em que se reafirmam os preceitos constitucionais da reforma sanitária democrática dos anos 1980, mas cuja implantação colide com a orientação geral da política econômica e tributária da época.

A afirmação da descentralização e da delegação de atribuições à esfera municipal corresponderá uma diminuição das transferências de recursos da seguridade social para a saúde, que culmina quando o MS expede uma Norma Operacional Básica (NOB) disciplinando as formas de gestão do SUS ao nível dos municípios. A criação, com o nome cínico, do Fundo Social de Emergência (FSE), além de retirar parte dos recursos disponíveis para os gastos sociais da União, subtrairá ainda mais recursos de estados e municípios, diminuindo a capacidade de gerenciar políticas públicas a nível local, reduzindo drasticamente os ganhos proporcionados pela Constituição de 1988.

Em 1996, após a interrupção das transferências de recursos para a saúde por parte da Previdência Social, a questão do financiamento retorna como questão essencial para uma política igualitária e universalista de saúde. Recursos para investimento para recuperação de uma rede sucateada pelo subfinanciamento são buscados por meio de fontes externas. Essa demanda por recursos adicionais se choca com a vocação macroeconômica do governo de privilegiar os capitais financeiros e aplicar com rigor a cartilha neoliberal. É aprovada uma nova fonte de receita para a Seguridade Social, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), logo onerada, como as demais fontes, pelo Fundo de Estabilização Fiscal (nova denominação do FSE), que depois se transformará na Desvinculação de Receitas da União (DRU).

Após um curto período em que as forças conservadoras tentam impor o diagnóstico de que os problemas crônicos na rede assistencial seriam mais dependentes de processos gerenciais do que de financiamento adequado (aliás, questão recorrente na agenda conservadora), recoloca-se novamente a luta pela ampliação de recursos para a saúde. Contudo, a conjuntura macroeconômica com o esgotamento do Real não permite que se retome uma política ampla para o setor, vítima que este será do ajuste fiscal.

O subfinanciamento do setor, durante a década de 1990, se acompanhará de uma ênfase na descentralização que, à falta de incremento real de recursos, corresponderá mais a uma desoneração de obrigações por parte da União. A análise da distribuição da responsabilidade pública do gasto com saúde entre as três esferas de governo mostra que a União reduz substantivamente a proporção de sua participação no aporte de recursos para a saúde, enquanto a proporção dos gastos municipais com saúde mostrou tendência de crescimento, e o aumento de gastos dos estados, embora menor, também foi significativo, passando de 18 para 24% no mesmo período. Em 1990, os gastos da União respondiam 72,7% dos gastos públicos em saúde; em 2000, caem para 59,8% (PIOLA; VIANNA, 2009, p. 30). Esse subfinanciamento terá como resultado indireto o crescimento dos planos e seguros públicos e privados de saúde que estarão cobrindo, já em 1998, 25% da população brasileira (NORONHA; SOARES, 2001), proporção que praticamente se

mantém em 2008 (25,9%) segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para aquele ano (IBGE, 2010).

No Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (artigo 55) foi fixada em 30%, no mínimo, a proporção do orçamento da Seguridade Social a ser destinada ao setor de saúde (BRASIL, 1988). Pretendeu-se, a seguir, além de fixar em definitivo aquele percentual da receita das contribuições sociais, vincular parte da receita de estados e municípios à saúde, à semelhança da educação. Os então deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires apresentaram emenda à Constituição nesse sentido, a qual não logrou progresso no Congresso até que fosse retomada sua modificação e, finalmente aprovada, a Emenda Constitucional n.º 29/2000, que manteve a vinculação das receitas de estados e municípios em 12 e 15% respectivamente, mas rompeu a dedicação dos 30% das contribuições sociais à saúde, fixando apenas o seu crescimento a variações do Produto Interno Bruto (PIB).

Se essa emenda, por um lado, permitiu uma estabilidade de receita, por outro quebrou de vez a ideia de financiamento solidário da seguridade e dificultou acréscimos superiores à variação do PIB. Essa não é uma questão menor, pois, desde 1994, com a criação do FSE, já haviam sido subtraídos da Seguridade 20% de sua arrecadação, que se mantiveram permanentes sob a forma de DRU, recursos em quase sua totalidade destinados ao pagamento dos encargos financeiros da União.

O resultado da política fiscal nos anos 1990 foi um grande decréscimo da participação da União no financiamento da atenção à saúde. À época da Constituinte houve um expressivo incremento dessa participação em decorrência das políticas de universalização adotadas pelo INAMPS voltadas para o atendimento da população sem vínculo com a Previdência Social a partir de 1985, como foram a expansão das Ações Integradas de Saúde (retribuição a estados e municípios pela prestação de serviços de saúde), o pagamento às entidades filantrópicas pelo atendimento dos então chamados indigentes, a abertura de rede própria de hospitais e postos de assistência médica (PAMS e PUs) e a equiparação dos valores de pagamento dos serviços prestados à população rural (por valor fixo por meio do FUNRURAL) àqueles prestados à população urbana. O INAMPS absorvia cerca de 18% da receita da Previdência Social no início da década de 1980, passou a consumir 30% em 1988. Depois da transferência e absorção do INAMPS pelo MS, portanto também incorporando os gastos deste, o comprometimento da receita da Seguridade Social, já sem as receitas oriundas da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) com ações e serviços de saúde, reduziu-se para 14,5% em 2008.

No início da década de 2000, o sistema de saúde brasileiro encontrava-se fraturado em dois. De um lado, para ricos e remediados, um modelo americano anárquico, com a assistência médica predominantemente privada, com regras de concorrência predatórias, sem nenhum programa de qualidade associado e com quebra de cobertura nas doenças infecciosas e crônicas; e na velhice, que só conseguirão algum grau de regulação com a aprovação da lei n.º 9.656/1998, mas ao mesmo tempo com acesso facilitado ao melhor da assistência provida pelo SUS (nas

internações e nos procedimentos de alto custo, transplantes, tratamento de pacientes com HIV/AIDS, ações de vigilância em saúde, desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em imunobiológicos, fármacos, informação, gestão etc. Outro sistema para os pobres, o SUS, fragmentado, múltiplo, descentralizado com escassa coordenação e articulação, sub-remunerado, com ênfase nas prestações médico-assistenciais sem definição de prioridades, orientado pela oferta de serviços, resultando em pontos de estrangulamento como o grande tempo em lista de espera para cirurgias eletivas, SADT e consultas a especialistas, a frequente impossibilidade de agendamento do serviço e de escolha do profissional e do prestador e hotelaria precária.

A revisão desse processo e adequada implantação do modelo de regionalização e hierarquização determinado pela Constituição só veio a ter início nos anos 2000 após a aprovação pelo MS da chamada Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (NORONHA *et al*, 2004). As tensões criadas pelo confronto entre os espaços político-administrativos e os espaços demográficos e de distribuição da oferta de serviços de saúde constituem um desafio importante para a rearticulação do sistema público, sobretudo depois da expansão da oferta de ‘portas de entrada’ do sistema por meio do programa de saúde da família implantado em larga escala a partir da gestão Jatene em 1996 e fortemente expandidos a partir da década de 2000. A integração do sistema público com o sistema de planos e seguros privados ainda permanecia obscura no início de 2010. Talvez até dificultada com a criação de uma agência específica para regular apenas parte do setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com grande grau de independência do MS e com uma burocracia mais jovem, estável, qualificada e melhor remunerada que a daquele.

Composição dos gastos em saúde e a política tributária brasileira

O resultado dessas políticas traduz-se dramaticamente na composição do gasto em saúde no Brasil. Pela primeira vez com a elaboração e divulgação pelo IBGE da Conta Satélite em Saúde, passou-se a ter uma visão real da participação desse gasto no PIB e o rateio entre o público e privado.

O Brasil já comprometia, em 2007, 8,4% de seu PIB com gastos com ações e serviços de saúde, situando o país nos mesmos patamares de apropriação da riqueza nacional para a saúde de países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), como o Reino Unido (8,4%), Espanha (8,5%), Itália (8,7%) e Austrália (8,9%). Evidentemente essa participação no PIB não traduz a mesma magnitude no gasto *per capita*, que, para 2007, registrava em Paridade de Poder de Compra (PPP), US\$ 884 para o Brasil, comparados a US\$ 2.671, para a Espanha, US\$ 2.686 para a Itália, US\$ 2.992, para o Reino Unido e US\$ 3.357 para a Austrália (OECD, 2009).

Com frequência, críticos conservadores – como Velloso (2007), à guisa de exemplo –, ao salientar o nível de comprometimento do PIB para efeitos de comparação, esquecem-se da magnitude do gasto, para justificar argumentos do mau uso dos recursos da saúde. O problema é que o ‘mau uso’ está em outro lugar: na iniquidade com que esses recursos relativamente escassos ainda são captados, distribuídos e empregados no Brasil.

A primeira grande disjuntiva está na composição público-privada do gasto. Os países que optaram por sistemas universais e equitativos apresentam acentuado predomínio dos gastos públicos. Continuando com 2007 como o ano de referência e usando alguns exemplos com os dados dos países da OCDE (2009), vemos que a participação do gasto público foi de 84,5% na Dinamarca, 81,7% no Reino Unido, 79,0% na França, 76,5% na Itália e 71,8% na Espanha. O Brasil, com 41,7%, alinha-se com os países da OCDE com maior iniquidade, e levemente piorado, tanto nas condições de saúde quanto no acesso e uso dos serviços de saúde, os Estados Unidos, 45,4%, e o México, 45,2%.

Um segundo ponto está na repartição do gasto *per capita* com os cuidados de saúde. Se descontarmos os gastos gerais, não explicitamente seletivos do setor público, como a Saúde Pública, o programa de imunizações, as ações de vigilância sanitária e com a alta complexidade não coberta privadamente, situando-os em torno de 15% do gasto público total, e considerando os dados da PNAD de 2003 e de 2008 que identificam 25% (IBGE, 2005; 2010) da população como estando coberta por planos e seguros de saúde, podemos estimar, para 2007, que os gastos *per capita* com atenção à saúde ficaram em R\$ 480 para os que têm acesso exclusivamente aos serviços do SUS, contra R\$ 1.128 para os que também têm cobertura por planos. Trata-se de flagrante infração distributiva.

O terceiro, e talvez o mais relevante aspecto para a elaboração de propostas de correção de rumo, situa-se na esfera da justiça tributária no Brasil. A agenda do financiamento público do setor de saúde, desde a derrota da emenda Waldir Pires e Eduardo Jorge, substituída pela Emenda Constitucional n.º 29/2000, tem-se centrado em três eixos: a definição clara do que se constituem despesas em saúde; a cobrança do cumprimento da proporção da receita para cobertura dessas despesas a estados e municípios, particularmente aos primeiros; e, em terceiro lugar, o aumento de recursos da União para o MS, luta esta fortemente aquecida pela vinculação da receita da CPMF à saúde, contribuição abolida pelo Senado Federal e retomada com a proposta de reinstituição de uma contribuição financeira dedicada exclusivamente à saúde.

Aqui temos duas ordens de problemas. A primeira, na ideia da vinculação de um tributo a uma ação governamental específica. Como foi salientado anteriormente, a Constituição de 1988 buscou vincular solidariamente contribuições à saúde, previdência e assistência social. Essa vinculação foi mantida no texto constitucional quando da criação da CPMF em 1996, apesar das desvinculações impostas para cobertura das despesas financeiras do governo. Portanto, a ideia de obter uma contribuição específica para um dos componentes da Seguridade Social só viria a agravar a fratura iniciada nos anos 1990 e acentuada quando se vincularam os recursos da folha de pagamento aos benefícios tipicamente previdenciários. Também faz pouco sentido fiscal atribuir uma vinculação entre uma contribuição e uma ação específica em tempos de simplificação tributária.

A segunda ordem de problemas, mais grave, situa-se na proporção da apropriação da riqueza nacional para gastos com ações e serviços de saúde, uma vez que 8,4% do PIB já é uma apropriação generosa, quando sabemos que gastos com educação, saneamento, alimentação,

segurança pública e geração de empregos apresentam com frequência maiores impactos sobre as condições de vida e saúde das pessoas (WHO, 2008). Como esse gasto é majoritariamente privado, é imperioso que se aumentem os gastos públicos com os cuidados de saúde. Se mantida a proporção da participação para gastos com saúde das receitas da seguridade social, mesmo depois da extinção da CPME, o orçamento do MS teria passado, por exemplo, dos 54,2 bilhões de reais executados, para 110,1 bilhões em 2008, o que certamente minimizaria muito os problemas de atendimento e cobertura assistencial que persistem em larga escala. Isso equivaleria a uma elevação dos gastos em saúde como proporção do PIB, passando os gastos totais para em torno de 10,4%, aproximando o Brasil do Canadá (10,1%), Alemanha (10,4%) e França (11,0%), melhorando um pouco a relação público-privada e aumentando a participação pública de 42% para algo em torno de 52%. Ainda assim, não melhoraria nossa posição relativa. De qualquer forma já avançaríamos na recomposição da participação da União no financiamento público.

Apesar da grita de segmentos da imprensa e dos setores conservadores em relação ao peso da carga tributária, há margens para seu manejo. O estudo sobre a carga tributária no Brasil de 2008, elaborado pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda (SRF/MF), apresenta dados extremamente importantes para um exame mais alargado do financiamento setorial.

Em primeiro lugar, o Brasil exibiu uma carga tributária bruta de 34,7% de seu PIB em 2007 (BRASIL, 2009a). Esse documento da SRF/MF mostra-nos a posição do país quando comparado a países da OCDE, em que nos situamos abaixo da média daqueles países (36,1%) e distantes de países socialmente mais justos – por exemplo, Dinamarca e Suécia com 48%; Bélgica 44%; França, Noruega e Finlândia com 43%; e Reino Unido e Espanha com 37%.

O segundo ponto é que o referido estudo aprofunda o exame de dados relativos à justiça fiscal. O Quadro 1 mostra como, em 2006, a incidência de carga tributária no Brasil atinge exageradamente a folha de salários e o consumo e poupa a tributação da renda, na comparação com os mesmos países da OCDE, o que mostra o menor incentivo à produção e comercialização no Brasil concomitante à baixa contribuição dos que têm renda para a receita pública.

Além disso, como mostra Ribeiro:

... a atual composição da carga tributária bruta brasileira tem consequências desfavoráveis sobre aspectos desejáveis do ponto de vista econômico e social, visto que esta não se coaduna com os princípios da equidade, da competitividade e da neutralidade, que devem servir de orientação para um sistema tributário mais justo e racional ... [com] o desincentivo sobre as atividades de produção e comercialização; e [forte]... regressividade da carga tributária bruta como um todo.

(2010, p. 14-5)

Em relação à regressividade, o Quadro 2 mostra como a carga tributária total, fundamentalmente devido aos tributos indiretos, atinge com mais intensidade a população dos decis de renda familiar mais baixa, e como o acréscimo da carga entre 1996 e 2003 atingiu mais fortemente esses mesmos decis.

Esse quadro foi gerado a partir das informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE de 1996 e 2003), que é uma pesquisa que identifica a renda e os gastos de cada família, com a qual é possível verificar a composição dos gastos para relacioná-los ao que se gera de tributos (que financiam o SUS), aos gastos privados diretos com saúde e à renda.

A progressividade que poderia ser obtida por meio dos impostos sobre a renda é bastante limitada no Brasil pela insuficiente revisão do baixo número de alíquotas e pelo percentual de incidência da alíquota máxima. Após a Constituição de 1988 havia nove alíquotas que variavam de 0 a 45% que foram reduzidas no ano seguinte para apenas duas, de 10 e 25%. Depois de algumas alterações, a partir de 1998 passaram a vigorar duas alíquotas nos valores de 15 e 27,5% e a partir de 2009 foram introduzidas duas novas alíquotas de 7,5 e 22,5%, mantida a alíquota máxima de 27,5%.

Quadro 1 – Carga Tributária por base de incidência. Brasil e OCDE, 2006.

Base de incidência	(% da carga total)			
	Brasil	OCDE		
		Máximo	Mínimo	Média
Renda	19	62 (a)	19 (e)	36
Folha de Salários	22	44 (b)	2 (f)	25
Propriedade	3	12 (c)	2 (b)	6
Bens e Serviços	48	56 (d)	17 (g)	31
Transações Financeiras	5			
Outros	3			
Total	100			

Fontes: Receita Federal do Brasil (RFB) e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) – Revenue Statistics; *apud* Brasil, 2009b.

Nota: (a) Nova Zelândia; (b) República Tcheca; (c) Reino Unido; (d) México; (e) República Eslovaca; (f) Dinamarca; (g) Estados Unidos.

Quadro 2 – Carga Tributária direta e indireta sobre a renda total das famílias. Brasil, 1996 e 2003.

Renda mensal familiar (em salários mínimos)	Tributação direta		Tributação indireta		Carga tributária total	
	(% da renda familiar)		(% da renda líquida das famílias)			
	1996	2003	1996	2003	1996	2003
Até 2	1,7	3,1	26,5	45,8	28,2	48,8
2 a 3	2,6	3,5	20	34,5	22,6	38
3 a 5	3,1	3,7	16,3	30,2	19,4	33,9
5 a 6	4	4,1	14	27,9	18	32
6 a 8	4,2	5,2	13,8	26,5	18	31,7
8 a 10	4,1	5,9	12	25,7	16,1	31,7
10 a 15	4,6	6,8	10,5	23,7	15,1	30,5
15 a 20	5,5	6,9	9,4	21,6	14,9	28,4
20 a 30	5,7	8,6	9,1	20,1	14,8	28,7
Mais de 30	10,6	9,9	7,3	16,4	17,9	26,3

Fonte: Zockun et al., 2007, *apud* Ribeiro, 2010.

Para que se tenha uma ideia do comportamento das alíquotas do IRPF internacionalmente, nos Estados Unidos são cinco alíquotas e na Espanha, seis, que variam de 15 a 39,6%. Na França, são 12 que variam de 5 a 57%, no Chile, 6, entre 5 e 45%. Como se pode ver, os protestos dos conservadores no Brasil também não encontram amparo no cenário internacional. Como dizem Soares *et al.* (2009):

O Brasil é um país que cobra muito imposto de sua população, mas cobra relativamente pouco dos indivíduos mais abastados. Relativamente à norma internacional, nossa estrutura tributária é pesada em tributação indireta, leve em tributação direta e absurdamente leve em IR. É fato que a tributação indireta é regressiva (menos concentrada que a renda, o que quer dizer que os mais pobres pagam proporcionalmente mais que os mais ricos) e ... que o IRPF é altamente progressivo. Portanto, a interpretação ... é que, no Brasil, além de deterem uma parcela extremamente elevada da renda, os indivíduos nos décimos e centésimos superiores da distribuição de renda também pagam pouco imposto. O Brasil é o país do imposto para os pobres. (p. 23).

Ainda há gastos que dizem respeito à justiça tributária, os quais não são contabilizados no gasto total com saúde e são conhecidos como subsídios ou renúncia fiscal, isenções e abatimentos. Um dos tipos de subsídio são as desonerações fiscais, que são os gastos públicos indiretos, assim denominados por serem contabilizados como gastos públicos sem terem sido realizados pelo Estado, mas por ente privado, como aqueles gastos que permitem dedução do valor do tributo a pagar por empresas e famílias, ou mesmo descontos tributários, sob o argumento de beneficiar determinados setores.

O fato é que esse tipo de gasto diminui o montante arrecadado pelo Estado e, portanto, o que seria a receita pública caso não existisse. Ele deveria, portanto, ser profundamente analisado para avaliar se o benefício gerado corresponde ao recurso que se perde.

As previsões da SRF/MF de deduções do montante devido do IRPF e do IRPJ referentes às despesas privadas com saúde em 2008 apontam para um valor bastante alto: R\$ 3,1 e R\$ 2,0 bilhões respectivamente. Adicionando-se os abatimentos em alíquotas de imposto da indústria farmacêutica (R\$ 2,2 bilhões) e das Entidades sem fins lucrativos (R\$ 1,7 bilhões), o total de desonerações chega a R\$ 8,9 bilhões (BRASIL, 2007a).

Há indícios fortes de que o valor de R\$ 3,1 bilhões para a renúncia fiscal no IRPF esteja subestimado. A consolidação da declaração do IRPF para 2005 (BRASIL, 2009a) registra para os declarantes em formulário completo o valor de R\$ 24,47 bilhões para deduções com despesas médicas. Podemos supor que sejam de maior renda e que, portanto, seria razoável atribuir a alíquota média de 22,5%. Isso nos levaria a um valor de renúncia da ordem de R\$ 5,5 bilhões que, corrigidos pelo IPCA, equivaleriam a R\$ 6,3 bilhões em 2008.

Além disso, existem outras estimativas que indicam que esses valores podem ser ainda superiores, especificamente os relacionados aos gastos de empresas com planos e seguros privados para seus funcionários e familiares. As informações divulgadas pela ANS sobre as receitas de contraprestações pecuniárias das operadoras de planos e seguros privados de saúde

de assistência médica para 2008 alcançam R\$ 59,3 bilhões. A mesma publicação informa que 77,3% dos beneficiários de planos de assistência médica são de planos coletivos (BRASIL, 2009c). Ora, se elegemos um valor médio do copagamento e da coparticipação pagos pelos beneficiários de 15% das contraprestações, uma conta aproximada alcançaria em torno de R\$ 50 bilhões que deveriam estar sendo tributados, mas esses valores claramente não correspondem aos R\$ 2 bilhões informados à SRF/ME. Ademais, a essa conta ainda há que serem agregados os gastos relacionados aos planos para os funcionários de empresas com planos sob gestão de Recursos Humanos, ainda não contabilizados pela ANS, como a Caixa Econômica Federal, os Correios, a Petrobrás e a Vale do Rio Doce, que podem ser estimados em R\$ 5 bilhões.

Mesmo assim, esses cálculos não contemplam todas as formas possíveis de subsídios. Por exemplo, ainda há as deduções por certificado de filantropia de hospitais filantrópicos que operam seguros, e aquelas para cooperativas médicas que não pagam alguns tributos, entre outros. Enfim, são mecanismos que o setor privado utiliza para deduzir despesas, onerando, ao fim, o erário público. São os resultados de um injusto sistema tributário brasileiro, como bem mostra o relatório do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES):

Os resultados da observação dos principais problemas do sistema tributário nacional demonstraram que o Brasil tem caminhado no sentido contrário à justiça fiscal. O sistema é injusto porque a distribuição da carga tributária desprezita o princípio da equidade. Em decorrência do elevado peso dos tributos sobre bens e serviços na arrecadação, pessoas que ganhavam até dois salários mínimos em 2004 gastaram 48,8% de sua renda no pagamento de tributos, já o peso da carga tributária para as famílias com renda superior a 30 salários mínimos correspondia a 26,3% ... é injusto porque o retorno social é baixo em relação à carga tributária. Dos 33,8% do PIB arrecadados em 2005, apenas 9,5% do produto retornaram à sociedade na forma de investimentos públicos em educação, saúde, segurança pública, habitação e saneamento ... é injusto porque a distribuição de recursos no âmbito da federação não se orienta por critérios de equidade ... transferências entre esferas de governo, ao invés de perseguir a equalização entre os montantes de recursos à disposição das unidades locais, tende a favorecer a desigualdade. Em 2007, o maior orçamento per capita municipal do país superou em 41 vezes o menor orçamento por habitante. Descontadas as transferências intergovernamentais, essa proporção cai para 10 é injusto porque não se verificam as condições adequadas para o exercício da cidadania tributária. Como os tributos indiretos são menos visíveis que as incidências sobre a renda e a propriedade, é disseminada a crença na sociedade brasileira de que a população de baixa renda não paga impostos ... as políticas públicas orientadas para a redução das desigualdades e dos índices de pobreza são vistas como benesses ... o que prejudica o entendimento sobre os mecanismos e instituições de participação democrática, dificultando os controles – fiscal e social – sobre o Estado.

(BRASIL, 2009d, p. 21-2).

Outra análise do financiamento setorial trata do sobrepeso que o gasto com saúde realizado pelas famílias tem sobre suas rendas. Esse tipo de gasto com saúde é conhecido como privado

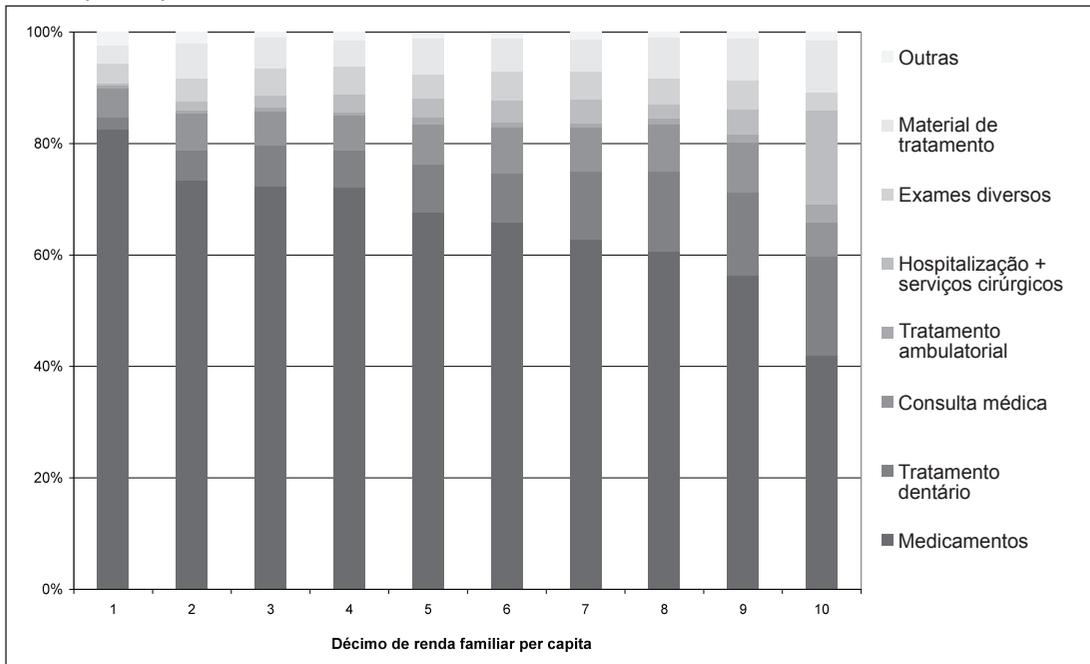
direto, do próprio bolso ou desembolso, o qual é comumente realizado para medicamentos, consultas, exames, internações e tratamento. Os dados da POF/IBGE mostram que o gasto privado direto com saúde representou quase 6% do orçamento familiar, sendo o quarto item e um dos maiores gastos, após habitação, alimentação e transporte (IBGE, 2003).

Estudo realizado por Ugá e Santos (2006) mostrou que o gasto privado direto com saúde comprometeu, por um lado, cerca de 7% da renda do décimo mais pobre da população e, por outro lado, 3% da renda das famílias que estão entre as 10% mais ricas, segundo os dados da POF/IBGE de 2003. Além disso, o peso do gasto com medicamentos, que é comumente o tipo de despesa privada mais imprescindível, representou 82% dos gastos privados diretos das famílias entre os 10% mais pobre e apenas 42% dos gastos das entre os 10% mais rico (Gráfico 1). Essas informações mostram como o peso do gasto com saúde realizado pelas famílias afeta suas rendas e varia conforme a disponibilidade de renda da família, o que demonstra a situação de injustiça do financiamento do setor de saúde quanto a esse tipo de gasto.

Os planos de saúde e sua abrangência

A dimensão do mercado brasileiro de planos e seguros privados de saúde é bastante grande. Um total de 1.723 operadoras movimentou cerca de R\$ 60 bilhões em 2009, o mesmo valor do orçamento do MS no mesmo ano. Esse ‘segundo ministério’ registrava mais de 41

Gráfico 1 – Composição do Gasto Privado Direto com Saúde por décimo de renda familiar per capita. Brasil, 2002.



Fonte: Adaptada de Ugá; Santos, 2006 *apud* Santos, 2009.

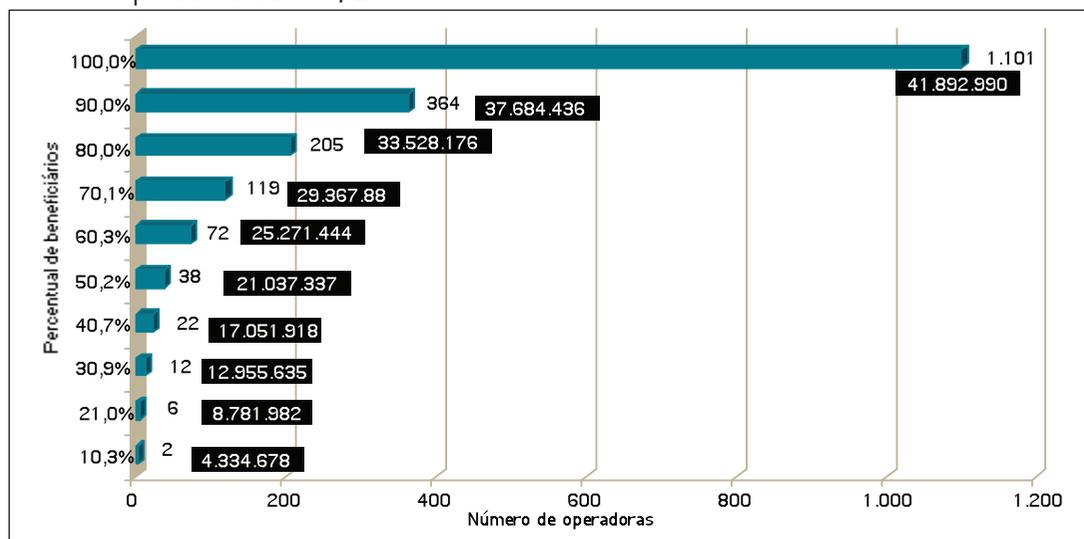
milhões de beneficiários, em torno de 21% da população brasileira (BRASIL, 2009c). Além disso, no Gráfico 2 visualiza-se a alta concentração desse mercado – um pequeno número de empresas são responsáveis pela maior parte da cobertura dos beneficiários de planos e seguros privados de saúde.

O crescimento desse mercado, estimado em 5% ao ano, acompanha o padrão de desigualdades brasileiro, obedecendo aos ditames da economia: a massa de beneficiários está concentrada nos municípios das regiões Sul e Sudeste e das capitais das outras regiões, sendo as ocasionais coberturas acima de 20% registradas nas regiões Norte e Centro-Oeste, resultantes de empreendimentos de grande porte localizados nessas áreas (Figura 1).

A desigualdade permanece quando se comparam dados demográficos dessa população com plano e seguro privado de saúde e aqueles referentes à população brasileira. A pirâmide etária da população brasileira tem uma base maior, enquanto a da população com seguro e planos de saúde é menor, com uma concentração maior de idosos (60 anos ou mais) entre esses últimos (Gráfico 3). Isso evidencia que a população com plano e seguro, mais rica, tem maior longevidade que a população do país.

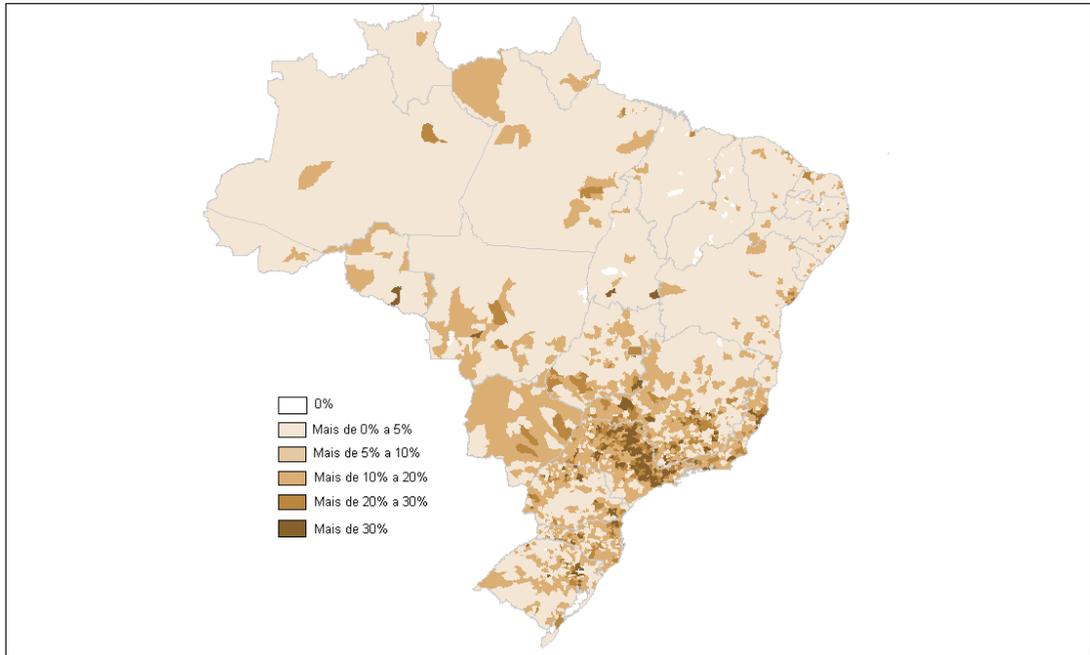
Ponto comum entre as duas populações é a perversa e conhecida concentração da distribuição da renda. Enquanto os 10% mais ricos da população brasileira detinham 46,1% da renda familiar *per capita* da sociedade em 2003, os 20% mais pobres ficavam com apenas 2,9% da renda (UGÁ e SANTOS, 2006). Além disso, o rendimento médio mensal familiar *per capita* dos 10% mais ricos era 18 vezes maior que o dos 40% mais pobres em 2006 (IBGE, 2007).

Gráfico 2 – Curva ABC da distribuição de beneficiários de planos de assistência médica entre as operadoras. Brasil, 2009d.



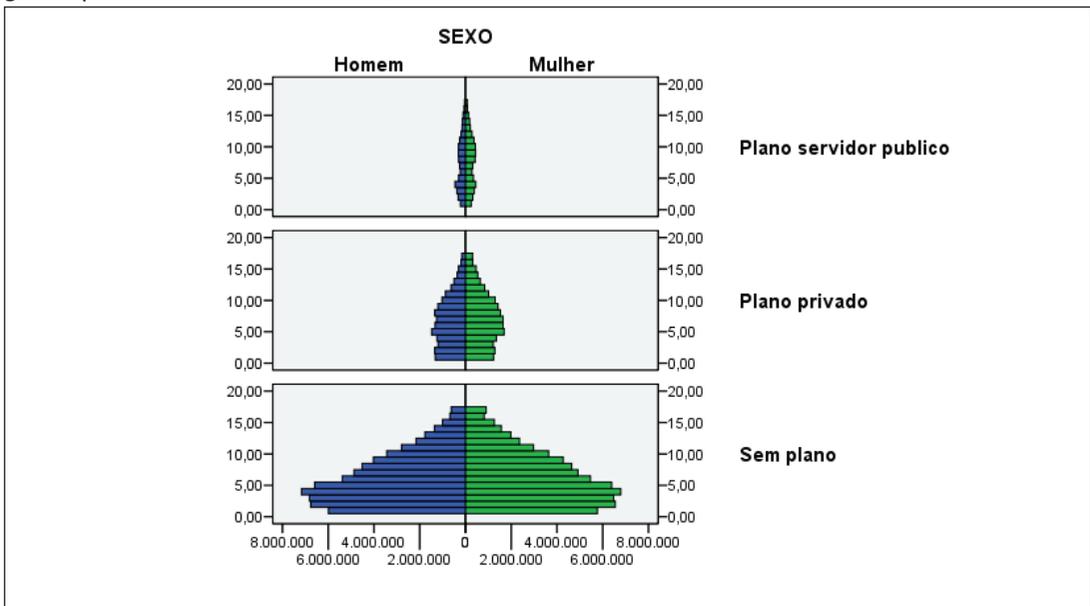
Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários – Agência Nacional da Saúde Suplementar – Ministério da Saúde (ANS/MS) – set. 2009 e Cadastro de Operadoras/ANS/MS –set. 2009, *apud* Brasil, 2009c.

Figura 1 – Taxa de cobertura da população com planos e seguros privados de assistência médica por município de residência. Brasil, 2009d.



Fontes: Adaptado de Sistema de informações de beneficiários – ANS/MS – set. 2009 e População – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATA SUS) – 2009, *apud* Brasil, 2009.

Gráfico 3 – Pirâmide etária da população brasileira segundo a posse de planos e seguros privados de saúde. Brasil, 2003.

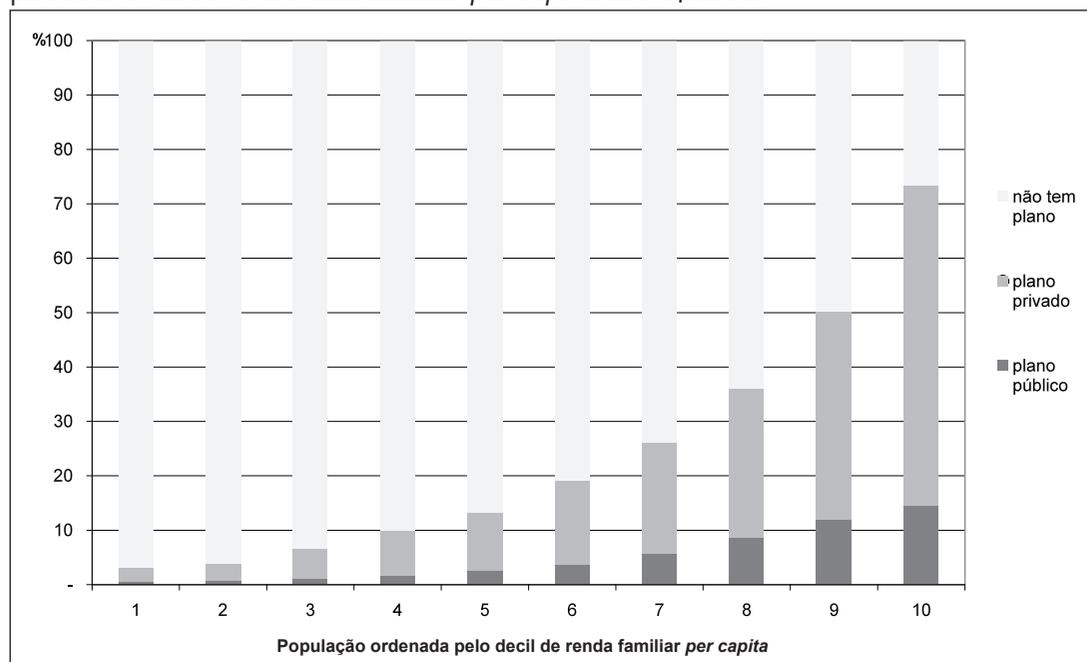


Fonte: Adaptado de Travassos, 2008. Gráfico elaborado a partir dos microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)/IBGE de 2003.

Essa desigualdade da sociedade brasileira se reflete na saúde. Se, por um lado, a população dos cinco primeiros décimos de renda corresponde à metade mais pobre e que pouco dispõe de acesso a serviços privados de saúde, dependendo em grande parte do SUS, a quase totalidade dos 10% mais ricos usufrui dos serviços privados mantidos pelo mercado de planos e seguros privados e seu próprio e exclusivo poder de compra, pelo desembolso direto. Além disso, a cobertura da população com planos e seguros, tanto os chamados planos públicos (financiados por meio de instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar) como os planos privados (operadoras comerciais e empresas com plano de autogestão), está associada à desigualdade de renda (Gráfico 4). Além da cobertura da população com planos e seguros privados estar associada à desigualdade de renda, também está aos anos de estudo, como mostraram Bahia *et al.* (2006) que é um indicador comumente utilizado com aproximação (*proxy*) da renda.

Assim, a população brasileira mais desfavorecida e que depende exclusivamente do SUS para o atendimento às suas necessidades de saúde esbarra na competição de serviços com quem tem planos e seguros públicos ou privados, tornando o sistema ainda mais perverso. Para os sem planos e seguros são acentuadas as já grandes dificuldades de acesso e de tempo em lista de espera para internações, exames complementares e consultas a especialistas.

Gráfico 4 – Distribuição da população brasileira segundo a posse de planos e seguros privados de saúde e a renda familiar *per capita*. Brasil, 2003.



Fonte: Albuquerque *et al.*, 2008.

Os recursos físicos: relações entre o SUS e a saúde suplementar na rede de prestação de serviços

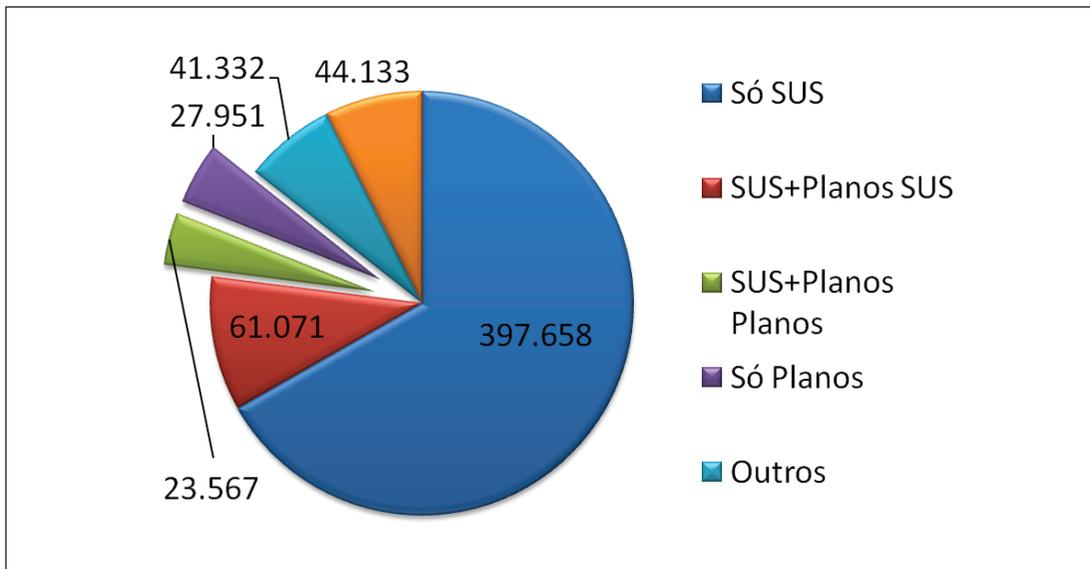
A oferta de serviços de saúde no Brasil é feita pelo SUS e pelo mercado privado. Assim, o mercado privado de oferta de serviços de saúde é um dos pontos comuns entre o SUS e a saúde suplementar, caracterizado pela relação contratual e convenial na prestação de serviços ao SUS (esta, constitucionalmente denominada ‘complementar’) e pela convivência de serviços entre o segmento de planos e seguros privados e o SUS.

Os estudos de Santos *et al.* (2008) e Santos (2009) utilizaram informações da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária de 2005 (AMS/IBGE), e mostram que a grande parte dos estabelecimentos com internação, dos leitos e das unidades de SADT do país são privados (respectivamente 62, 66 e 92%), enquanto a maioria das unidades ambulatoriais é pública (75%).

Os dados mais recentes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mostram que estavam disponíveis para internação 595.712 leitos em 2009, dos quais 14% (84.638 leitos) estavam localizados em estabelecimentos que ofereciam leitos ao SUS e aos seguros e planos de saúde; desses, quase 30% eram utilizados pelo mercado de planos e seguros privados de saúde (Gráfico 5).

Verifica-se, com isso, que existe expressiva diferença entre a disponibilidade de leitos dos que têm e dos que não têm planos privados de saúde. O número de leitos por mil pessoas era de 2,4 no Brasil em 2005, mas os leitos do SUS, contabilizando os próprios, os conveniados e os contra-

Gráfico 5 – Número de leitos com internação de acordo com tipo de destinação. Brasil, 2009.



Fonte: Adaptado do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2009.

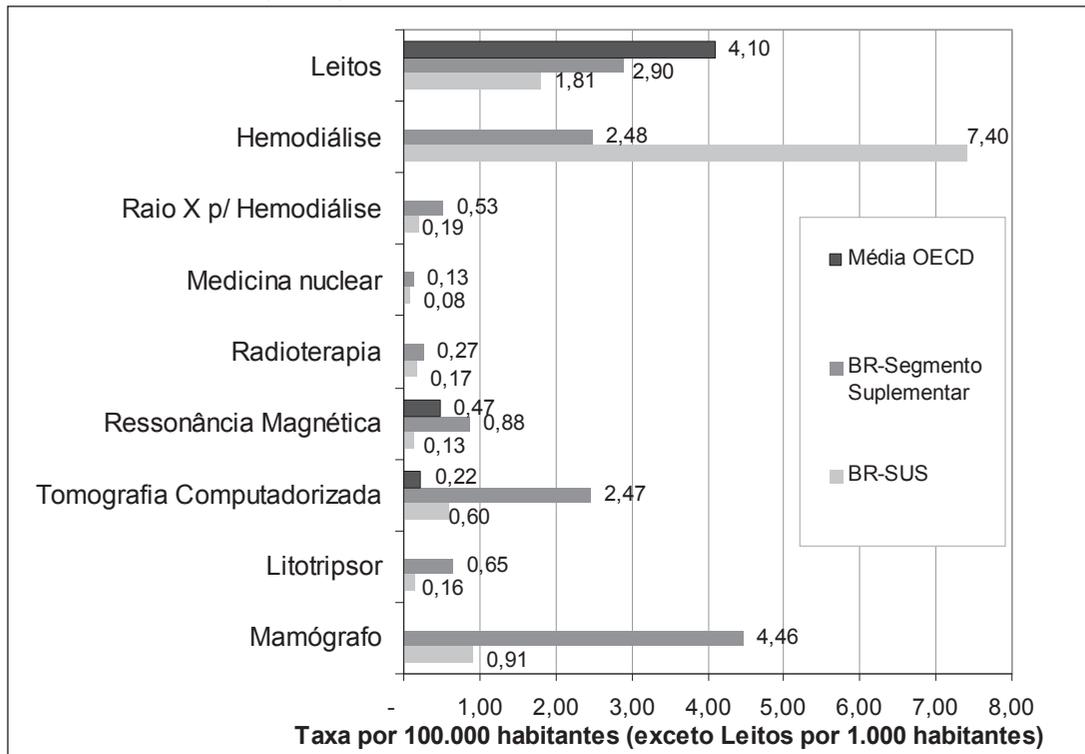
Nota: Elaboração dos autores a partir de dados do CNES, 2009. As duas categorias SUS+Planos correspondem a leitos em estabelecimentos com internação que destinam parte de seus leitos ao SUS e parte aos Planos.

tados, totalizavam 1,8 para cada mil habitantes, enquanto os leitos disponíveis para o segmento suplementar somavam 2,9 para cada mil beneficiários (SANTOS *et al.*, 2008; SANTOS, 2009).

No Brasil, esse indicador total de leitos por mil habitantes é inferior à média de 4,1 leitos por mil habitantes nos países da OCDE (Gráfico 6) e próximo aos calculados para Bélgica, Austrália, França, Suíça e Reino Unido. Enquanto a disponibilidade de leitos para o SUS está entre as mais baixas, sendo equiparada a do México, a para o segmento suplementar está mais próxima da média da OCDE e de países como Canadá, Noruega, Finlândia, Dinamarca e Portugal, embora naqueles países esse indicador venha diminuindo devido à mudança do modelo de atenção à saúde, como mostraram Braga Neto *et al.* (2008).

Essas desigualdades são evidentes, ainda, quando se compara a disponibilidade de equipamentos de média e alta complexidade ofertados pelo SUS para a população brasileira (incluindo os privados contratados pelo SUS) com a oferta para uso exclusivo pela clientela de planos e seguros privados, situações em que essa última dispõe de sete vezes mais aparelhos de ressonância magnética, cinco vezes mais mamógrafos, quatro vezes mais litotripsores e tomógrafos

Gráfico 6 – Número de equipamentos de média e alta complexidade por 100 mil habitantes e de leitos por 1 mil habitantes, segundo contrato/convênio com SUS e disponibilidade não-SUS. Brasil, 2005 e média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), 2000.



Fonte: Santos *et al.*, 2008.

computadorizados, três vezes mais aparelhos de raio X para hemodinâmica, e duas vezes mais aparelhos para radioterapia e medicina nuclear (SANTOS *et al.*, 2008).

Além da oferta de leitos e desses equipamentos (com exceção dos de hemodiálise) ser muito maior para o segmento suplementar do que para o SUS, o Gráfico 6 mostra que há indícios de sobreoferta de aparelhos de tomografia computadorizada para o segmento suplementar (2,5/100 mil habitantes) e para o próprio SUS (0,6/100 mil habitantes), se comparados aos dados de disponibilidade dos países da OCDE (0,2/100 mil habitantes), bem como dos aparelhos de ressonância magnética do setor suplementar (0,9/100 mil habitantes) em relação aos dos da OCDE (0,5/100 mil habitantes).

A população usuária do SUS tem, ainda, que competir pelos leitos do sistema público. Os dados da PNAD/IBGE de 2008, mostram que, se por um lado, 8,2% dos beneficiários de planos privados internaram pelo menos uma vez no ano anterior à pesquisa (incluídas as internações SUS, planos privados e desembolso direto), por outro lado, apenas 6,7% da população que é usuária exclusiva do SUS internou no mesmo período, o que mostra profunda desigualdade na atenção à saúde.

Dispondo de menor oferta relativa de serviços, a população usuária do SUS tem, ainda, que competir pelos leitos do sistema público. O estudo de Santos *et al.* (2008), evidenciou que entre os beneficiários de planos privados, 1,3% foi internado pelo SUS no ano anterior à PNAD/IBGE de 2003 que o uso do SUS feito por esses beneficiários é diferente daquele observado na população que usa o SUS exclusivamente. O uso do SUS por beneficiários é proporcionalmente maior para alguns serviços de alta complexidade (quimioterapia, radioterapia, hemoterapia ou hemodiálise) e outros de baixa complexidade (vacinação, injeção, curativo ou pronto atendimento), mas proporcionalmente menor para consulta médica e para consulta de agente comunitário ou parteira (SANTOS *et al.*, 2008; SANTOS, 2009).

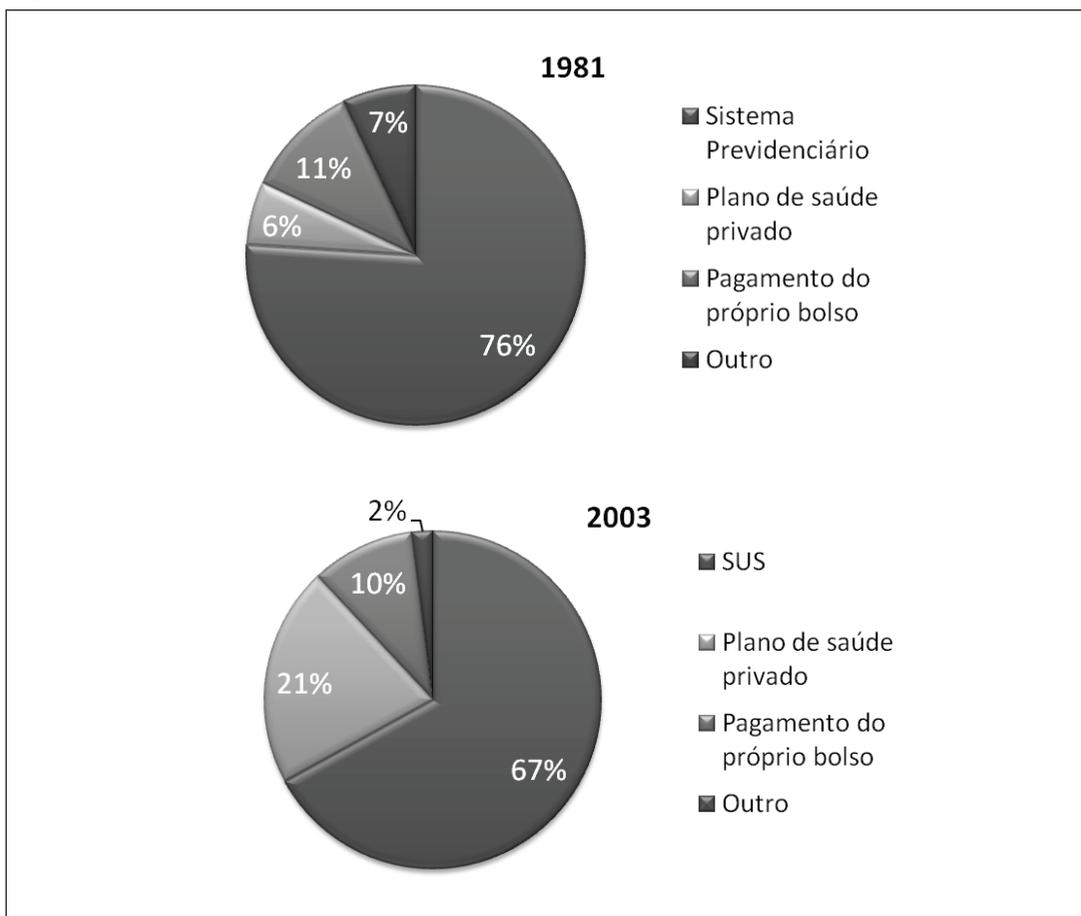
Essas informações colocam em questão a quase unanimidade em favor do Ressarcimento ao SUS, criado pela lei n.º 9.656/1998 e que tem sido realizado apenas para as internações, deixando de cobrar das operadoras de planos privados os valores relativos ao uso de procedimentos de alto custo que tenham sido realizados em regime ambulatorial. A expectativa da sociedade com o ressarcimento é que esse mecanismo diminua a área de abrangência do mercado de saúde suplementar com o SUS e gere retorno financeiro ao sistema público. Talvez trouxesse mais retorno ao sistema de saúde brasileiro se as informações disponibilizadas pela ANS sobre o uso de serviços do SUS por pacientes com planos fossem utilizadas como subsídio para regular o SUS quanto à organização do sistema com base nas sobreposições de uso e financiamento, bem como normatizando a dupla porta de entrada nos estabelecimentos privados e o uso de serviços públicos de forma privada, sobretudo nos hospitais universitários e de referência. Assim estaria sendo contemplado o *mix* público-privado do sistema de saúde brasileiro.

Esse olhar se torna cada vez mais necessário, pois a análise da utilização de serviços de saúde no Brasil nos últimos 20 anos revela mudanças nos padrões desse uso segundo a fonte de financiamento. Estudo realizado por Travassos (2008), com base em dados das PNADS do IBGE,

demonstra que 68% dos entrevistados, em 1981, afirmavam ter utilizado nos últimos 15 dias serviços do sistema público e previdenciário e 9% terem frequentado serviços por meio de planos privados de saúde; já em 2003 a participação dos atendimentos com financiamento público havia diminuído e a dos planos aumentado (as proporções passaram a 58 e 22%, respectivamente). A mesma tendência pode ser observada com relação à internação hospitalar, com proporções de 76% para utilização de serviços do sistema público e previdenciário e 6% para serviços de planos privados de saúde, em 1981 e em 2003, 67 e 21%, respectivamente (Gráfico 7).

Mesmo considerando todas as melhoras de indicadores de saúde que temos tido nos últimos anos, o expressivo aumento da parcela da população que usa serviços de saúde por intermédio de planos e seguros privados no período de 1981 a 2003 explicita um distanciamento crescente da universalidade que a proteção à saúde deve proporcionar. Essa é uma tendência preocupante, pois sua reversão requer uma política de saúde que garanta melhorias no SUS

Gráfico 7 – Fonte de pagamento da internação hospitalar, segundo fonte Brasil, 1981 e 2003.



Fonte: Travassos, 2008.

ao ponto de retomar o seu protagonismo no sistema público do sistema de saúde brasileiro em seu conjunto.

Entretanto, a estrutura do sistema de saúde brasileiro consiste de tantas e antigas sobreposições público-privadas, em que a segmentação do sistema se dá de forma institucionalizada e, muitas vezes, a interferência do setor privado sobre o interesse público se dá na contramão da universalidade. Menicucci destaca aspectos significativos dessa conformação:

(...) as decisões governamentais voltadas para a assistência à saúde de caráter público ou para ampliação de cobertura favoreceram a constituição de determinados padrões de assistência, fornecendo incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto no aspecto da prestação de serviços quanto no da gestão privada da assistência, paralela à ampliação da cobertura pública(...)

(...) as políticas de saúde, ao modelarem diferentes identidades e clivagens sociais, contribuíram para a estruturação dos interesses privados na saúde... Os segmentos empresariais da saúde constituíram organizações de interesses e conseguiram concentrar recursos políticos que lhes permitiram obter significativa influência nos processos decisórios subsequentes.
(2007, p. 293-294).

Com isso, o que resulta da política de saúde termina por sustentar não apenas o mercado de planos e seguros e de prestadores privados, mas também a elite brasileira e as instituições tais como são. Podemos afirmar, portanto, que o Estado sustenta esse mercado privado desde os primórdios de nosso sistema de saúde, quando ainda baseado no modelo *bismarkiano* de seguro social, até os dias atuais. Hoje, o nosso *mix* se tornou um modelo *beveridgeano* que favorece a parcela mais rica da população e com vínculo empregatício formal.

São necessários atores estratégicos para o sucesso na implantação de uma política de saúde que recupere a universalidade, mas os atores estratégicos para essa retomada não vêm sendo, há tempo, nem a classe trabalhadora organizada (que demanda planos privados e os trata como objeto de negociação trabalhista pelos sindicatos junto às grandes empresas industriais), nem os profissionais de saúde (que buscam aumentar a produção destinada ao demandante que paga o maior preço, portanto não o SUS, mas os planos privados). Os próprios servidores públicos, tanto civis como militares, e seus dependentes, têm uma assistência exclusiva para eles e em parte financiada com recursos públicos, como mostram Bahia (2008) e Piola *et al.* (no prelo), o que constitui um desvio para qualquer melhora do SUS, pois enquanto estiverem protegidos de outra forma que o SUS, toda sua atuação em prol desse sistema se daria por ideologia, compaixão ou amor ao trabalho, mas não por ser o sistema que queiram usar para si ou para os seus. Esses atores fazem parte da nossa sociedade, cuja ambiguidade em relação à universalidade na proteção social nada mais é que o espelho da segmentação da sociedade brasileira.

Essa mesma ambiguidade leva à constituição de uma instituição dentro do próprio MS para regular o mercado privado sem a garantia de que será protegido o interesse público nas sobreposições público-privadas de oferta, uso e financiamento do sistema de saúde. Nossa abordagem, portanto, converge à de Menicucci:

a regulação restringiu-se unicamente à assistência supletiva, não se discutindo o sistema de saúde como um todo. A possibilidade de um reordenamento da produção privada de serviços de saúde segundo a lógica da gestão de bens públicos não foi incluída na regulação, não se disciplinando a relação público/privado (...)

(2007, p. 275-6).

E, acrescentamos, desconsiderando a maneira predatória com que os interesses do mercado privado atuam sobre o SUS.

A política de saúde deveria ser reorientada para interferir em prol de uma proteção social que defenda os interesses públicos, baseada em princípios solidários. Para isso é preciso uma política que proteja os objetivos do SUS, mesmo que mantenha híbrido o sistema de saúde brasileiro (pois existe espaço para a oferta de forma privada dos serviços que são demandados, mas não oferecidos pelo sistema público e, como nenhum sistema de saúde é capaz de oferecer todo e qualquer procedimento, o *mix* público-privado é inexorável a todos os sistemas de saúde), mas tornando este sistema mais voltado para responder às necessidades de uma proteção social solidária e menos desigual. Para isso, porém, é preciso investimento financeiro e fontes de financiamento.

Algumas observações e proposições finais

A primeira década do século 21 começou a introduzir intensas novidades no contexto mundial e no sul-americano em particular. Até a crise financeira de 2008, o mundo assistiu a uma retomada do crescimento econômico, a consolidação e ao avanço da presença comercial e política da China, a vitória de lideranças políticas alavancadas pelas forças populares na América do Sul, a um novo protagonismo do Brasil na política externa e ao aprofundamento das iniciativas de integração do subcontinente e, sobretudo, a derrota das ideias neoliberais avançadas pelo chamado ‘Consenso de Washington’, finalmente sepultadas com o advento da crise em 2008. Como diz Fiori (2007, p. 122),

A eleição de Fernando Lugo, para presidente do Paraguai, em 2008, foi mais uma de uma série de vitórias das forças políticas de esquerda, seguindo as eleições de Hugo Chávez, Luiz Inácio da Silva, Evo Morales, Michele Bachelet, Nestor e Cristina Kirshner, Tabaré Vasquez, e Rafael Correa. Esta mudança político-eleitoral trouxe de volta algumas ideias e políticas ‘nacional-populares’, e ‘nacional-desenvolvimentistas’, que haviam sido engavetadas durante a década neoliberal de 1990. São ideias e políticas que remontam, de certa maneira, à Revolução Mexicana e, em particular ao programa de

governo do presidente Lázaro Cárdenas, adotado na década de 1930. Cárdenas foi um nacionalista e seu governo fez uma reforma agrária radical, estatizou a produção do petróleo, criou os primeiros bancos estatais de desenvolvimento industrial e de comércio exterior da América Latina, investiu na construção de infraestrutura, praticou políticas de industrialização e de proteção do mercado interno, implantou uma legislação trabalhista e adotou uma política externa independente e anti-imperialista.

Apesar disso, as ameaças de retrocesso continuam presentes, como demonstram o continuado afastamento da Colômbia e a expansão da presença militar estadunidense direta naquele país, e a retomada eleitoral das forças conservadoras com a eleição de Sebastian Piñera, no Chile, no começo de 2010.

Que novas inflexões poderiam desenhar-se nos aspectos da política de saúde aqui tratados, moderando ou abolindo os perversos cruzamentos entre o público e o privado e avançando na redução das iniquidades, abertos por esses novos horizontes?

Certamente o ponto central está em simultaneamente avançar na redução da injustiça fiscal e propiciar o aumento de recursos públicos para o financiamento das ações e serviços de saúde. O Parecer do CDES sobre o Sistema Tributário Nacional é consistente com essas observações ao listar como suas três primeiras recomendações à necessidade de que se estabeleça:

- *Um amplo processo, continuado e gradativo, de reformulação do Sistema Tributário Nacional na direção da justiça fiscal e da equidade na distribuição da carga tributária, com base no princípio da capacidade contributiva;*
- *Prioridade aos impostos sobre a Renda e o Patrimônio como forma de permitir desonerações e reduções graduais na carga dos impostos indiretos, considerados os maiores responsáveis pela regressividade do sistema;*
- *Garantia à vinculação das aplicações e à diversidade das fontes no financiamento da seguridade social, conforme está constitucionalmente definido.*

(BRASIL, 2009d, p. 9).

Soares *et al.* (2009) levantam um conjunto de sugestões direcionadas à maior justiça fiscal. Em relação ao IRPF, ressalta-se a importância da criação de duas novas alíquotas de 7,5 e 22,5%, mas agregam que para o bom exercício da progressividade seria desejável a introdução de duas novas alíquotas para faixas de renda mais altas, de 35 e 45%, coerente com o padrão internacional. Recomendam ainda a limitação das isenções à saúde à cobertura de danos catastróficos, o que nos parece absolutamente consistente com a argumentação anteriormente desenvolvida. Talvez a imposição de um teto, à semelhança da dedução dos gastos com educação fosse uma solução de transição aceitável. Os autores ainda sugerem a supressão do desconto previdenciário dos aposentados idosos por questão de justiça e pelo reduzido impacto fiscal.

Os mesmos autores levantam um ponto extremamente importante a ser considerado para a correção das iniquidades contributivas, particularmente relevante no financiamento setorial. É

o que denominam adequadamente de ‘rendimento do trabalho com outras vestes’, que constituem uma fonte importante de elisão fiscal por parte das empresas. Os planos de saúde coletivos correspondem a esses casos e constituem-se em uma fonte importante de salário indireto. Como sugerem os autores, “países como Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia e Índia, todos imputam essas rendas à renda tributável ou têm um imposto específico para tributar esse tipo de renda. Não há por que não fazer igual no Brasil” (SOARES *et al.*, 2009, p. 36).

Outras sugestões de caráter mais geral também são abordadas, como a progressividade na taxaço do lucro presumido (maior aproximação entre o IRPF e o IRPJ) e na tributação progressiva da renda do capital.

Em relação ao maior aporte de recursos pela administração pública, a definição do que sejam gastos em saúde carece de lei complementar. A associação dessa definição à vinculação de recursos para a saúde à CPMF, ocorrida com a proposta de regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29/2000, fez com que ela ‘morresse’ junto com a derrota da CPMF em 2008. Essa regulamentação é essencial, sobretudo porque muitas Unidades da Federação incluem como ações e serviços de saúde despesas que, embora algumas delas possam gerar efeitos positivos sobre a saúde, situam-se em outras esferas de ação governamental. Mesmo assim, ainda há um grande número de Unidades, mormente estados, que não cumprem a destinação de recursos mandada pela Constituição.

O maior desafio, porém, consiste em repor os compromissos da União no financiamento setorial. Há um debate recorrente, seja sobre a criação de tributo adicional com destinação específica, seja sobre a vinculação, à semelhança dos estados e municípios, de uma parcela da receita da União para as ações e serviços de saúde. A recomendação do CDES de se cumprir o mandamento constitucional da integridade da Seguridade Social, com a garantia da vinculação de fontes e diversidade de fontes, poderia ser o caminho mais curto e melhor, com aumento progressivo de sua destinação para a saúde, por meio da redução dos gravames sobre as contribuições da seguridade da desvinculação das receitas da União para atingir os 30% originais.

Um pequeno apontamento a ser feito consta da proposta de reforma do sistema de saúde estadunidense recentemente aprovada pelo senado americano, que consiste na criação de um imposto sobre os prêmios de planos de saúde acima de um determinado valor. Estimando-se que cerca de 4 milhões de pessoas estariam pagando prêmios anuais da ordem de 6 mil reais por ano, teríamos recursos da ordem de 24 bilhões de reais para serem tributados. Uma alíquota de 5% injetaria R\$1,2 bilhão nos sistema público.

Uma questão mal colocada no debate sobre os planos de saúde diz respeito ao chamado ‘ressarcimento ao SUS’. Há um problema de natureza jurídica porque, em princípio, os planos estariam desobrigados de assim proceder porque seus beneficiários gozam dos mesmos direitos que qualquer outro brasileiro. Têm, portanto, o direito de usar livremente qualquer instalação que mantém atendimento pelo SUS, pois o fato de terem contratado uma terceira parte pagadora adicional não deve impor a estas um encargo por essa utilização. Outra questão é o impacto financeiro desse ressarcimento, uma vez que os dados da PNAD/IBGE de 2003

revelaram que apenas 1,3% dos detentores de planos usaram serviços do SUS para internação no ano anterior à pesquisa. A questão central que aqui destacamos não é tanto o potencial recurso financeiro advindo desse ressarcimento, mas o fato de que o rol de procedimentos supostamente contratados ou as redes de referência e os mecanismos de controle exercidos pelas auditorias das operadoras excluem procedimentos de alta complexidade e medicamentos de alto-custo, fazendo com que os beneficiários dos planos pertencentes a camadas sociais de maior poder de vocalização e pressão venham disputar seu uso com as parcelas menos favorecidas, gerando um novo mecanismo regressivo na partilha de recursos escassos. Um exemplo disso pode ser dado pelo consumo de medicamentos de prescrição especial, de custo elevado, financiados pelo MS e objeto de mandatos judiciais de concessão, os quais se concentram, sobretudo, nas regiões de maior cobertura da população por planos de saúde. Nesse caso, caberia garantir mais equidade no uso dos recursos assistenciais que poderiam advir da integração de redes.

Na busca de um aumento da eficiência dos gastos, outra dimensão importante a ser enfrentada refere-se à necessária integração das redes assistenciais e dos próprios modelos assistenciais. Como visto anteriormente, há uma tendência em curso, sobretudo junto aos estabelecimentos e profissionais que prestam serviços para os planos de maior remuneração ou pagamento direto pelos mais ricos, de exclusão do atendimento dos não cobertos por planos de saúde ou que não pagam diretamente pelos serviços recebidos. A maior parte, entretanto, é compartilhada. Torna-se imprescindível que não haja diferenciação na qualidade do atendimento a uma e outra clientela do ponto de vista do atendimento às suas necessidades de cuidados, que acesso, presteza e uso sejam definidos pelas necessidades dos usuários e não pela sua capacidade de pagamento ou de inserção no serviço de saúde. Também, que a lógica organizacional dos prestadores seja integrada de forma a evitar duplicação e desperdício. Por toda a parte há um debate crescente para o estabelecimento de redes assistenciais integradas, tanto a nível horizontal em um espaço territorial definido, como vertical entre os diversos níveis de complexidade dos serviços prestados. A utilização universal de identificadores únicos para serviços de saúde, como deveria ser a implantação do cartão nacional de saúde, facilitaria essa integração e contribuiria para simultaneamente aumentar a eficiência dos gastos e a qualidade dos cuidados prestados. Simplificaria para os prestadores os mecanismos burocráticos de compensação financeira pelos serviços prestados e lhes facilitaria a não discriminação por capacidade de pagamento. O MS e a ANS deverão estar atentos para desempenhar papéis integradores mais intensos para darem conta desses desafios.

Finalmente, caberiam duas notas adicionais. A assistência farmacêutica gratuita (farmácia básica) e a com pequeno copagamento (farmácia popular e 'aqui tem farmácia popular'), devem ser ampliadas de modo a reduzir o impacto das despesas com medicamentos essenciais das famílias de mais baixa renda. Por último, mas não menos importante, um tema que foge ao escopo deste texto é o exame aprofundado da qualidade do gasto. Tanto no sentido da modernização de procedimentos de planejamento e gestão quanto e, sobretudo, no escrutínio rigoroso

dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos empregados, os quais, em número surpreendentemente elevado, têm-se mostrado com resultados duvidosos (MAYNARD, 2005).

Encerramos este texto citando Fiori (2009, p. 38),

(...) não é impossível que a América Latina esteja vivendo o início de uma nova etapa de convergência entre as lutas nacionais e sociais dos povos menos favorecidos. A euforia liberal arrefeceu depois de 2000 e a guerra e o 'poder das armas' voltaram ao epicentro do Sistema Mundial, ao mesmo tempo em que se multiplicam as novas formas de protecionismo das Grandes Potências econômicas. Mas à sombra imediata do poder global dos Estados Unidos, pode estar se abrindo um novo espaço e uma grande oportunidade para uma convergência 'virtuosa' entre a ação 'autoprotetora', nacional ou regional, dos novos governos de esquerda latino-americanos, e a ação reivindicativa e mobilizadora dos movimentos sociais e partidos de esquerda que lutam na região, contra a desigualdade e a polarização da riqueza e da propriedade privada. Pelo menos, esta é a esperança que circula nas 'veias abertas' deste continente, neste início do Século XXI.

Os horizontes para o Brasil alargaram-se na primeira década do novo século. Há processos em curso de difícil reversão. Evidentemente os processos históricos sempre admitem mudanças bruscas. De qualquer forma, bases políticas para o aprofundamento das mudanças já foram lançadas. O tempo é de esperança. É tempo de trazer mais justiça para a saúde e ele é nosso!

Referências

- ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.
- BAHIA L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATA, G.C.; LIMA, J.C.F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.
- BAHIA, L. et al. O Mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 951-965, 2006.
- BRAGA-NETO, F.C.; BARBOSA, P.R.; SANTOS, I.S. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L., et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2008.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.
- _____. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. *Grandes números DIRPF - 2005*. Estudos econômico-tributários. Brasília: SRF, set. 2009a. Disponível em <http://www.receita.fazenda.gov.br/Publico/estudotributarios/estatisticas/GrandesNumerosDIRPF2005.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2010.
- _____. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. *Carga Tributária no Brasil 2008: análise por tributos e bases de incidência*. Estudos Tributários n. 21. Brasília: SRF, jun. 2009b.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional da Saúde (ANS). *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS, dez., 2009c.

_____. Presidência da República. Observatório de equidade. Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social. *Indicadores de Equidade do Sistema Tributário Nacional*. Relatório de Observação n.º 1. Brasília, junho de 2009d. Disponível em: http://www.anfip.org.br/arqs-pdfs/relatorio_de_observacao_n_1_indicadores_de_equidade_do_sistema_tributario_nacional.pdf. Acesso em: 28 maio 2010.

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. Coordenação-geral de política tributária. *Demonstrativo dos gastos governamentais indiretos de natureza tributária* (Gastos Tributários): 2008. Brasília: SRF, ago. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional da Saúde (ANS). *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2007b.

CARVALHO, G. *Gasto com saúde no Brasil em 2006*. Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/paginas/visualiza_subcategoria.php?sub=324. Acesso em: 10 maio 2007.

FIORI, J.L. *Estados Unidos, América do Sul e Brasil: seis tópicos para uma discussão*. DEP: Diplomacia, Estratégia e Política/Projeto Raúl Prebisch. Brasília: Projeto Raúl Prebisch, n. 9, jan./mar., p. 35-44, 2009.

_____. Olhando para a esquerda latino-americana. In: DINIZ, E. (Org.). *Globalização, Estado e Desenvolvimento: dilemas do Brasil no novo milênio*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

_____. *The Wall Street Journal*. Health-Care Overhaul Proposals, 24 dez. 2009. Disponível em: http://online.wsj.com/public/resources/documents/st_healthcareproposals_20090912.html. Acesso em: 11 fev. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Conta satélite de saúde: Brasil 2005-2007*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2007/indic_sociais2007.pdf. Acesso em: 2 fev. 2010.

_____. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

_____. Acesso e utilização dos serviços, condições de Saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003*. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/orcfam/default.asp>. Acesso em: 2 fev. 2010.

MAYNARD, A. Common challenges in healthcare markets. In: MAYNARD, A. (Ed.). *The public-private mix for health*. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005. p. 279-292.

MENICUCCI, T.M.G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. A Gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: GUIMARÃES, R.; ANGULO-TUESTA, A. (Org.). *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Health Data 2009. *Statistics and Indicators for 30 Countries*. Versão nov. 2009.

PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (Org.). *Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Texto para Discussão 1391. Brasília: IPEA, fev. 2009.

PIOLA, S.F., et al. *Gasto tributário e conflito distributivo na saúde*. no prelo.

RIBEIRO, M.B. *Uma análise da carga tributária bruta e das transferências de assistência e previdência no Brasil, no período 1995-2009: evolução, composição e suas relações com a regressividade e a distribuição da renda*. Texto de Discussão n.º 1464. Brasília: IPEA, jan. 2010.

SANTOS, I.S. *O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SANTOS, I.S.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1.431-1.440, 2008.

SOARES, S.; *et al.* *O potencial distributivo do imposto de renda de pessoa física (IRPF)*. Texto de Discussão n.º 1433. Brasília: IPEA, nov. 2009.

TRAVASSOS, C.M. *O sistema de saúde no Brasil nos últimos 20 anos: uma análise com base nos suplementos saúde da PNAD*. ABRASCO. VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Porto Alegre, 2008.

UGÁ M.A.D.; SANTOS, I.S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1.597-1.610, 2006.

VELLOSO, R. A área da saúde deve receber mais recursos públicos para resolver a crise? Não: mais eficiência no gasto. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 8 set. 2009. Opinião, p. 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Final Report. Geneve: WHO, 2008. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html. Acesso em: 11 fev. 2009.

A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado

Telma Maria Gonçalves Menicucci

Os conceitos de público e privado podem ser tratados sob diferentes perspectivas, podendo ser identificadas variadas concepções sobre esses termos, dependendo do contexto histórico e analítico em que são utilizados. Isso se expressa também no campo da saúde, no qual a imprecisão ou, melhor dizendo, a polissemia conceitual também se manifesta, particularmente se não nos limitarmos ao escopo da atenção à saúde, mas pensarmos na categoria ‘saúde’ de forma mais ampla. Esta é usada muitas vezes de forma reducionista para se referir exclusivamente à forma de oferta da assistência à saúde, seja pelo setor empresarial (privado), seja pelo setor público (o Estado).

Se retornarmos à definição do direito à saúde no texto constitucional, percebemos o quanto essa noção foi sendo restringida no processo de implementação da reforma sanitária, passando quase a se referir apenas à garantia de assistência à saúde de forma universal e igualitária. É claro que isso não ocorreu necessariamente por um viés interpretativo dos implementadores da reforma, mas no contexto do esforço hercúleo de implantar uma reforma num quadro político, ideológico e financeiro bastante desfavorável. Se era (e é) difícil implementar o Sistema Único de Saúde (SUS), há dificuldade maior ainda de se garantir políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de adoecer e permitam a todos os cidadãos desenvolver seu potencial de saúde.

De modo geral, há certo reconhecimento de que, tanto teórica quanto empiricamente, é muitas vezes difícil separar o público e o privado no campo da saúde, enquanto categoria mais ampla, e que os vasos comunicantes entre os dois âmbitos são dinâmicos e complexos. Assumindo esse ponto de partida, este artigo teve como objetivo ser uma contribuição para o debate relativo à relação público e privado na saúde, a partir de uma reflexão sobre três aspectos: uma breve e não exaustiva discussão dos conceitos de público e privado, uma análise do público e do privado na política de assistência à saúde no Brasil e algumas reflexões sobre questões que possam fazer parte de um debate político sobre o tema após pouco mais de 20 anos da reforma sanitária. Essas questões apontam para a necessidade de repolitização do SUS e de um reordenamento propositivo que leve em conta essas intrincadas relações entre o público e o privado e suas consequências para o direito à saúde.

A dicotomia público-privado

Sob uma perspectiva mais ampla, a noção de público e privado, bem como a relação entre as duas categorias, assume uma grande variabilidade de significados sociais, históricos e disciplinares que não ofusca, porém, a relevância que os conceitos assumem tanto no debate teórico quanto político, no passado como no presente. Em que pesem as diferenças, é possível identificar pontos de conexão entre as diferentes concepções.

Na antiguidade clássica, o espaço público é a esfera política por excelência e a esfera da liberdade, oposta à esfera privada, a qual é domínio da casa e da família, em que o senhor exerce controle sobre mulheres, escravos e crianças. A esfera privada é organizada para vencer a necessidade, condição para o exercício da liberdade que se dá na esfera política (pública). A esfera da família e a da política são entidades diferentes e separadas (ARENDRT, 2001), distinguindo as atividades pertinentes a um mundo comum e as pertinentes à manutenção da vida. Enquanto na família prevalece a desigualdade, na *polis* prevalece a igualdade entre pares – essência da liberdade –, sendo que a política não visa à manutenção da vida, mas é a forma mais elevada de ação humana.

Diferentemente, nas sociedades pré-modernas europeias, o público é assumido como sinônimo de estatal; é o espaço do domínio do senhor, não mais identificado com a liberdade; é a esfera estrita do poder. Espaço da razão em contraposição à esfera privada da opinião e da crença.

É na modernidade que a separação entre os dois conceitos vem se juntar a ideia de sua articulação: o público torna-se dependente dos indivíduos singulares, ao mesmo tempo em que a afirmação do privado se torna dependente da experiência da vida em comum – coletiva. De acordo com Arendt (2001), a ascendência da esfera social, nem privada nem pública, é fenômeno relativamente novo e coincide com o surgimento da era moderna, cuja forma política foi o Estado nacional. No mundo moderno, a esfera social e política diferem menos entre si, a partir da ideia de que a política é uma função da sociedade. Com a ascendência da sociedade e com a elevação do lar doméstico ou das atividades econômicas ao nível público, as questões antes pertinentes à esfera privada transformam-se em interesse coletivo; os interesses privados assumem

importância pública. Observa-se um percurso de ampliação da noção de privado que ultrapassa a intimidade para englobar a atividade econômica organizada em torno do mercado. Com a passagem da sociedade do interior do lar para a esfera pública, a divisão entre privado e político foi diluída, alterando-se o significado dos dois termos. O privado é identificado com o círculo de intimidade, esfera oposta à vida social e à esfera política.

De acordo com Bobbio (1987), a dicotomia clássica entre direito privado e direito público reflete a diferenciação entre aquilo que pertence ao grupo ou à coletividade e aquilo que pertence aos membros singulares; ou entre a sociedade global e grupos menores, como a família; ou, ainda, entre um poder central superior e os poderes periféricos inferiores. A distinção remete à noção de interesse público e interesse privado, relacionando-se à definição de *res pública*, enquanto coisa do povo, este entendido não como uma agregação de homens, mas como uma sociedade mantida junta. O Estado é então considerado um ‘poder público’ na medida em que promove (ou deveria promover) o bem público – o bem comum a todos os cidadãos.

Ainda segundo Bobbio, os dois termos da dicotomia público-privado têm também um significado valorativo, derivando duas concepções diversas sobre a relação entre público e privado: o primado do privado sobre o público ou o primado do público sobre o privado. No primeiro caso, ressalta-se a autonomia da esfera privada do indivíduo singular com respeito à esfera de competência estatal, um dos eixos da concepção liberal de Estado. Já o primado do público expressa a contraposição do interesse coletivo com o interesse individual e a necessária subordinação do segundo ao primeiro, traduzindo-se no aumento da intervenção estatal na regulação do comportamento de indivíduos e grupos.

A tensão entre esses dois domínios tende a caracterizar historicamente uma ascendência do privado sobre o público e uma resistência à ampliação do poder da esfera pública sobre as individualidades. A distinção público-privado se duplica na distinção política/economia, de forma que o primado do público sobre o privado é interpretado como o primado da política sobre a economia, ou seja, da ordem dirigida do alto sobre a ordem espontânea, sendo o processo de intervenção do Estado na regulação da economia designado como “publicização do privado” (BOBBIO, 1987, p. 26). Trata-se de um processo que reflete a subordinação dos interesses do privado aos interesses da coletividade, representada pelo Estado que ‘invade’ a sociedade civil.

Processo inverso é a ‘privatização do público’, quando o Estado é articulado em seu interior por organizações semissoberanas, como as grandes empresas, as associações sindicais, os partidos políticos. Nessa situação, os grandes grupos se servem dos aparatos públicos para o alcance de seus objetivos privados.

Essa dicotomia que considera o público como esfera de competência do poder político e esfera do que é comum a todos é diferente de outra distinção, segundo a qual o público é aquilo que é manifesto. O que é aberto ao público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível (BOBBIO, 1987; ARENDT, 2001). Privado, por sua vez, se identifica com aquilo que se diz ou se faz num restrito círculo de pessoas. Ora, a esfera do público, enquanto esfera do poder político, pode não coincidir com a esfera do público enquanto local onde se dá o controle

do poder político por parte do público. O caráter público ou não do poder evidencia formas de governo distintas: a ‘república’, caracterizada pelo controle público do poder e, modernamente, a livre formação da opinião pública, *versus* o ‘principado’, que, diferentemente da concepção de Estado do Direito moderno, inclui como um recurso o segredo de Estado. Modernamente, o exercício da dominação política é submetido à obrigação democrática da publicidade (o poder aberto ao público) e a esfera pública política adquire influência institucionalizada sobre o governo.

A partir do quadro teórico de Habermas (1985; 1997; 1999), ganha relevo a noção de ‘espaço público’ como domínio de interação social comunicativa e de tematização de questões que cunham possibilidades de influir nos âmbitos sistêmicos, especialmente nas instituições do Estado¹. O ‘mundo da vida’, onde se situa a ação comunicativa, é um terreno de reconstrução permanente e reflexiva, que aponta para a possível construção de fundamentos éticos e morais da política. A esfera pública política como estrutura comunicacional é enraizada no mundo da vida por intermédio da sociedade civil, como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomada de posições e opiniões.

A reinterpretção e a modificação no quadro teórico habermasiano, efetuadas por Arato e Cohen (1994), permitem sustentar as possibilidades de atuação ofensiva da sociedade civil, possibilitando-lhe a aquisição de influência na esfera do Estado e na economia. Arato e Cohen (1994) mantêm a dualidade entre sistema e mundo da vida, mas apontam um nível de mediações entre ambos e permitem reconciliar essas duas dimensões: a social e a política. Entre o sistema e mundo da vida situam-se as instituições societárias: a sociedade civil e as sociedades política e econômica. Esse rearranjo permite vislumbrar – para além dos espaços públicos autônomos nos domínios da sociedade civil – a construção de espaços públicos coordenados comunicativamente nas interfaces com os domínios sistêmicos. A ‘esfera pública’ é vista como um espaço de formação de opiniões e vontades e de publicização, permitindo explorar as possibilidades de influência dos atores sociais nos domínios do Estado, notadamente no âmbito da construção das agendas das políticas públicas. O público se redefine como algo em aberto, tendo como referência uma ideia de interesse geral, definida empiricamente e não postulada teoricamente (ESTEVES, s/d).

Público-privado na saúde

Como pensar essa dicotomia e a articulação entre os dois termos na sua apropriação no campo da saúde, especificamente no Brasil? Como ponto de partida, assumindo uma característica geral da modernidade, parece mais profícuo falar da relação entre os dois termos do que pensá-los de forma separada, na medida em que se interrelacionam mutuamente, apesar de uma opacidade dessa relação na grande maioria das análises e no debate em torno da saúde

¹ Na teoria da ação comunicativa, Habermas distingue o ‘domínio sistêmico’ – correspondente a dois subsistemas: o mercado e o Estado moderno – do ‘mundo da vida’. Este é entendido como uma arena de integração social e refere-se ao domínio das interações cotidianas, constituindo-se como um reservatório de tradições culturais.

(particularmente no debate relativo à assistência à saúde). Evidentemente, as exceções, é claro, servem para confirmar a regra. Daí a relevância dessa publicação, cuja ênfase recai justamente sobre a relação público-privado na saúde e que vem em muito boa hora. Mais uma vez, o CEBES promete ter um papel significativo no processo dinâmico de reformulação da política de saúde a partir da análise que pode redundar em um novo esforço propositivo.

De modo geral, a díade tem sido utilizada para se referir à natureza jurídica das instituições responsáveis pelo atendimento das demandas e necessidades de saúde da população, seja em um sentido mais restrito, no caso em que se consideram as instituições que compõem a rede de serviços, seja em sentido mais amplo, quando o foco recai sobre a natureza da organização e gestão da assistência à saúde. Nesse último caso, a distinção refere-se à existência de uma ‘saúde’ pública – atenção sob a responsabilidade do poder público (Estado) – e de uma assistência privada, referindo-se às formas de gestão sob a responsabilidade de organizações privadas, que, após a regulamentação governamental, iniciada no final dos anos 1990, receberam a denominação de assistência supletiva. Nesse caso, a diferença está focada em quem paga os serviços e as ações de saúde, como destaca Bahia (2009), dado que, no âmbito de cada um desses segmentos, pode haver (do ponto de vista jurídico) organizações de natureza pública ou privada na conformação das redes de prestação de serviços.

Mais do que buscar uma suposta pureza conceitual, do ponto de vista prático e também analítico, a separação entre os dois conceitos não parece frutífera, visto que as formas de articulação entre eles se tornam bastante complexas e variadas, atualizando, também, no caso da saúde, a ideia de que o público se tornou dependente dos indivíduos singulares, ao mesmo tempo em que a afirmação do privado se tornou dependente da experiência da vida coletiva. Quando o privado ultrapassou a intimidade para englobar a atividade econômica organizada em torno do mercado, ao mesmo tempo em que as atividades econômicas atingem o nível público, questões pertinentes à esfera privada transformam-se em interesse coletivo e os interesses privados assumem importância pública.

Também no campo específico da saúde no Brasil, o significado valorativo dos dois termos da dicotomia público-privado orientou, pelo menos no passado recente, os termos do debate entre os defensores da saúde enquanto direito, a partir do reconhecimento e da crítica de uma ‘privatização do público’ em função da penetração de interesses privados na esfera governamental. Essa crítica se associou à defesa de uma ‘publicização do privado’, tendo como objetivo a garantia dos ‘interesses públicos’ no campo da saúde. Também nesse último caso, mais recentemente ensaia-se um debate sobre os limites da intervenção do Estado no âmbito privado, entendido não mais como o lugar da manifestação de interesses privados, mas na sua acepção não-política da esfera da intimidade. Caminham nesse sentido as críticas a uma suposta invasão da esfera privada em programas como o Saúde da Família e o Bolsa Família.

E também no bojo do processo de democratização do país que, entre outras coisas, foi assumido por grupos da sociedade a defesa de desenhos institucionais participativos e a defesa da constituição de uma ‘esfera pública’ no âmbito do processo de formulação e gestão da política

de saúde. Essa proposta se traduziu concretamente na constituição de institucionalidades, como conselhos e conferências de saúde, enquanto espaços de formação de opiniões e vontades e de sua publicização, com rebatimentos institucionais a partir da possibilidade de influência de atores sociais no Estado, seja na construção das agendas das políticas públicas seja na sua formulação e controle.

Essas não-exaustivas possibilidades de pensar o público e o privado na saúde sugerem a complexidade do tema, que abarca diferentes domínios, organizações e aspectos, além de que, na maioria das vezes, se manifestam de forma articulada com imbricações e sobreposições complexas e nem sempre muito claras.

O público e o privado na assistência à saúde no Brasil

Neste artigo, o recorte é o que considera, na delimitação do público e do privado, a natureza das organizações que prestam serviços relacionados à assistência à saúde ou que são responsáveis pela gestão dessa assistência. *Grosso modo*, essa distinção coloca de um lado as instituições estatais (a assistência pública) e de outro as organizações empresariais (privadas). Especificamente, a presente reflexão é centrada na discussão do público e privado a partir da divisão entre a gestão estatal da assistência à saúde no âmbito do SUS e a gestão privada, de natureza empresarial ou associativa, que constitui a chamada assistência supletiva.

Em geral, a análise desses dois segmentos em que se organiza a assistência à saúde no Brasil é feita de forma segmentada, sendo que o foco ou se centra no SUS ou se centra nos chamados planos de saúde. Raramente as imbricações entre os dois sistemas são consideradas, e muito menos as consequências da existência de um sistema dual para o financiamento, para a eficácia da assistência e para a sustentabilidade política do sistema público. Se não fazem parte das análises setoriais, muito menos a relação entre os dois sistemas está na agenda pública e/ou governamental, o que significa que não estão sendo formatadas propostas de políticas públicas alternativas, operando-se – para além da opacidade cognitiva – uma certa naturalização do estado de coisas vigente na política de saúde do Brasil, ou seja, a convivência entre um sistema público (sob a responsabilidade do poder público) e de um sistema privado (sob a responsabilidade de setores empresariais), apesar da existência de fortes vasos comunicantes entre os dois, quase nunca problematizados.

O tema foi importante, contudo, no período de gestação da reforma sanitária. A partir da segunda metade da década de 1970, floresceu no Brasil a pesquisa em saúde coletiva e desenvolveu-se vasta produção analítica sobre as políticas de saúde, no contexto de um grande debate em torno da ‘capitalização da Medicina’ e do sistema previdenciário. Foi produzida uma bibliografia significativa, no âmbito da produção de um ‘saber militante’, que informava uma prática transformadora e que destacava, entre os temas analisados, a participação do setor privado no sistema público de prestação da assistência à saúde de caráter individual, a qual buscava evidenciar as articulações econômicas e ideológicas da prática sanitária em uma perspectiva histórico-

estrutural². Os principais argumentos teóricos convergiam no sentido de identificar a forma de expansão dos serviços de saúde como condicionada às necessidades de reprodução do capital, a partir do reconhecimento do caráter de classes das sociedades modernas – ponto de partida que ilumina a compreensão dos determinantes da intervenção estatal na sociedade. Vista como uma atividade econômica, a produção de serviços de saúde torna-se, com a ação estatal, um espaço importante para a acumulação capitalista, pela integração entre empresas médicas e o Estado. Nessa perspectiva, a política assistencial acolheu os interesses dos prestadores privados de serviços e das empresas médicas ao privilegiar a prestação privada dos serviços, mesmo com a responsabilidade e o financiamento públicos, em vez de expandir a rede pública. Nesse sentido, a ação governamental se tornou instrumental aos interesses capitalistas, condicionada às preferências das classes dominantes. O crescimento da assistência médica previdenciária foi identificado como resultado de uma associação entre Estado, empresários nacionais (empresas prestadoras de serviços médicos) e indústria estrangeira (indústria farmacêutica e de equipamentos e aparatos médicos), a qual propiciou a criação de um ‘complexo médico-industrial’, responsável por elevadas taxas de acumulação de capital de grandes empresas monopolistas internacionais (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986; CORDEIRO, 1984). Nessa perspectiva, a explicação do desenho institucional estabelecido para a prestação de assistência médica passa pelas relações entre política de saúde e política econômica, estando a política de saúde voltada para abrigar os interesses capitalistas do setor.

Esse conjunto de ideias, expressas nesses estudos, sinaliza a crítica a um processo de privatização do Estado nos termos colocados anteriormente, ou seja, um Estado que não atuaria em nome do bem comum, mas de interesses privados. A contrapartida implícita nessas análises é a valorização de maior intervenção do Estado, maior publicização do privado em nome do interesse público.

No âmbito do movimento sanitário, o debate sobre a relação público-privado foi particularmente importante no período anterior à VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), antecedente da reforma sanitária. Essa discussão era centrada muito mais no público, na perspectiva de reforçar o Estado em sua responsabilidade com a saúde (PAIM, 2005). Em um clima contrário à participação do setor privado, foi, assim, discutida a estatização da saúde, se imediata ou progressiva, não sendo problematizada a regulação do setor privado, então bastante expressivo e com fortes interesses organizados. Concordo com Paim (2005) quando considera que na década de 1990, o movimento em defesa do SUS centrou-se fundamentalmente no ‘SUS estatal ou público’, não priorizando a relação com o privado e preocupando-se, então, em garantir o sistema público ou estatal em contexto de fortes pressões para redução da intervenção do Estado sobre o mercado ou sobre a sociedade.

Os problemas concretos para a implantação da nova política de saúde na década de 1990 (orientada para uma ampliação do papel do Estado), foram, às vezes, vistos como sinalizadores

² Entre os livros mais difundidos, destacam-se os trabalhos clássicos de Braga e Paula (1981), Cordeiro (1984), Donnangelo (1975), Luz (1986), Oliveira e Teixeira (1986), Possas (1981) e Silva e Mahar (1974).

de um redirecionamento das atribuições públicas na área da saúde, justificável nos termos do debate internacional, que passou a enfatizar as opções de políticas voltadas para o mercado. De fato, desde os anos 1980, ocorreram reformas de sistemas de saúde em diferentes países e, nos anos 1990, a agenda da saúde sofreu uma inflexão, sendo introduzidas, por um lado, questões mais administrativas e gerenciais para a reorganização dos sistemas de saúde e, por outro, a defesa de menor grau de responsabilização do Estado na provisão de serviços (VIANA, 2000). Essas reformas buscaram, em maior ou menor grau, incorporar a participação do mercado na prestação de serviços de saúde (mesmo que, muitas vezes, apenas de forma residual), no bojo de propostas de ‘redesenho’ do Estado e em uma situação de reordenamentos ideológicos.

Em consonância com esse contexto, também no Brasil alguns temas surgiram na discussão da saúde, sugerindo indícios de mudanças na definição das atribuições estatais no campo da saúde, bem como nas formas de articulação estado/mercado/sociedade, pouco tempo depois das mudanças constitucionais que priorizaram o papel do Estado. Questões como a seleção de prioridades, as opções entre grupos sociais e a estratificação do SUS, a natureza da função pública na saúde com a revisão dos conceitos de público, privado e estatal, a discussão de modelos alternativos de prestação de serviços e a ampliação do poder de regulação do Estado, inclusive do setor privado ‘autônomo’, são exemplos de como passaram a serem rerepresentadas as propostas de reforma da política de saúde no Brasil (ABRES, 1994).

Nessa conjuntura de reformas, várias análises identificam uma tendência comum em todos os países da América Latina no sentido da ‘privatização’ da saúde³. Apesar de o termo ‘privatização’ ser usado de forma imprecisa, podendo assumir diferentes significados, em linhas gerais significaria a ampliação do setor privado em detrimento do estatal e sua emergência como setor hegemônico em um contexto em que a lógica mercantil teria se tornado o elemento ordenador da área da saúde (LAURELL, 1995). As diferentes modalidades de privatização teriam como denominador comum a transformação da saúde de um direito de cidadania em uma mercadoria e derivariam de uma dupla necessidade: favorecer as políticas de ajuste e impulsionar a mercantilização dos setores rentáveis dos serviços de atenção à saúde (EIBENSCHUTZ, 1995).

Entretanto, mesmo que possa haver pressão no sentido de uniformização da agenda de reformas, é possível constatar, em contraposição à hipótese da convergência, que os países lidam de formas diferentes com essas agendas⁴. A constatação das diferenças entre as políticas de saúde de países submetidos a pressões econômicas e internacionais similares sugere, assim, a relevância de outros fatores explicativos, particularmente os político-institucionais, e a trajetória histórica de cada um. No caso do Brasil, o crescimento do setor privado – traduzido seja na pres-

³ Há divergências sobre o significado do termo ‘privatização’ quando se trata dos serviços de saúde, o qual pode incluir tanto a venda de ativos ou serviços ao setor privado quanto formas indiretas, como a gestão privada de unidades de saúde públicas, o fortalecimento do setor privado ante o público, a delegação de serviços ao setor privado ou o aumento dos seguros e dos hospitais privados. Compartilho da concepção de Polanco (1995), que considera que o termo ‘privatizar’ delimita um determinado tipo de ação mediante a qual as relações de propriedade, controle ou usufruto passam para as mãos de entidades jurídicas de natureza privada. Por essa definição, ficariam excluídos os processos de crescimento do setor privado preexistente a uma decisão de privatizar e que não obedecem a uma decisão política explícita de privatizar.

⁴ Sobre análises comparativas, ver entre outros: Laurell (1995), Fleury (1995), Labra (1995) e Almeida (1997).

tação de serviços por unidades privadas, seja na existência de formas privadas de financiamento, gestão e acesso a serviços de saúde – é anterior ao movimento de valorização do mercado, fruto das reformas econômicas dos anos 1990 no país, e, portanto, não pode ser visto como uma simples resposta às pressões e mudanças geradas na conjuntura nacional e internacional.

A ênfase no legado da trajetória não significa considerar que o contexto ideológico, político e econômico de reforma do Estado não tenha influência na evolução recente do SUS e da assistência à saúde em seu conjunto. Ao contrário, esse contexto tende a legitimar, reforçar ou mesmo aprofundar a trajetória da política de saúde brasileira, na medida em que os princípios que nortearam a criação do SUS perdem a força aglutinadora que conseguiram obter no contexto anterior de refundação da democracia no país. Em consequência disso, há fortes indícios de se cristalizar a tendência da segmentação de clientela, restando ao sistema público a responsabilidade pela assistência à saúde aos segmentos da população sem capacidade de participar do mercado de planos privados de saúde, atualizando, assim, as recomendações internacionais no sentido de focalizar as políticas sociais nos mais pobres.

A reforma da política de saúde, cuja expressão mais concreta é a criação do SUS, caracteriza uma situação de ruptura e continuidade, explicável em razão da confluência de fatores que favoreceram a inovação institucional com o legado das políticas de saúde prévias, as quais limitaram a possibilidade de mudança. O resultado foi a aprovação de um projeto transformador de grande alcance, com traços redistributivos e objetivos igualitários, significando, portanto, uma mudança institucional e de princípios, ao mesmo tempo que foi garantida a continuidade por meio de alguns dispositivos e, principalmente, daquilo que a Constituição não expressou. Ao limitar a reforma ao setor público e garantir liberdade à iniciativa privada, interferindo apenas no setor privado quando prestando serviços sob a responsabilidade estatal, a Constituição consagrou a dualidade do sistema de atenção à saúde no Brasil, composto por um segmento público e outro privado. Com a ausência de dispositivos constitucionais regulatórios do setor privado, garantida em razão do poder de veto dos representantes dos interesses do mercado de saúde, a legislação encobriu a segmentação, de forma que a universalização e a igualdade se transformaram em metaobjetivos sem correspondência na estrutura institucional. O caráter segmentado da assistência à saúde, que caracteriza a trajetória brasileira de expansão da assistência médica, formalizou-se, assim, nas próprias decisões consagradas na Constituição, aparentemente de forma paradoxal aos objetivos da reforma global pretendida pelos seus promotores. Esse foi o resultado do conflito das propostas reformadoras com os interesses consolidados em razão da configuração anterior das instituições de saúde, sendo provável que políticas alternativas que mudassem o padrão vigente não tivessem suporte político suficiente, mas poderosos vetos, de tal forma que o arranjo institucional consolidado na assistência à saúde limitou as escolhas possíveis. Em termos legais, a escolha resultante do embate entre alternativas distintas, que expressavam as preferências de dois conjuntos de atores, contemplou as duas propostas ou os dois ideários que se confrontaram durante o processo constituinte, os quais foram, então, designados de ‘privatista’ *versus* ‘estatista’.

Um segundo efeito de *feedback* das políticas anteriores pode ser observado no processo de implementação da reforma, o qual se traduziu na falta de suporte político efetivo de categorias sociais relevantes, seja por sua atuação no setor saúde, seja por sua maior capacidade de mobilização. O movimento sanitário não se constituiu como um grupo de interesse, embora agregasse alguns, mas como um conjunto de pessoas e instituições que, em alguma medida, em um momento singular de refundação democrática, partilharam um conjunto de valores éticos e propostas políticas e técnicas, com o objetivo de democratização do sistema de saúde. Essa ‘identidade’ foi forjada na conjuntura autoritária que permitiu a minimização dos interesses particularistas em prol de uma transformação política e ética mais geral. Porém, mostrou sua fragilidade e descontinuidade no momento de implantação da reforma sanitária, no contexto pós-governo militar, quando as alianças mais amplas não lograram se sustentar. Após a redemocratização, as diferentes clivagens se explicitaram em um processo de transição, caracterizado pelo conservadorismo e pela manutenção no poder das mesmas lideranças do período autoritário. Nesse momento, não se conseguiu mais uma homogeneidade de propostas, tanto pelas fraturas ideológicas internas do movimento sanitário e do movimento popular quanto pela retomada das questões meramente corporativas de atores que se tinham aglutinado ao movimento, particularmente os profissionais médicos. Nesse último caso, incluíam-se, também, os trabalhadores e os sindicatos com maior nível de organização e maior poder de barganha, localizados nos grandes centros industriais do eixo Rio de Janeiro-São Paulo. Embora o apoio ao SUS tenha sido generalizado entre eles e se mantivesse formalmente no período de implementação, de fato não havia muitos incentivos para um apoio mais efetivo a uma reforma sanitária radical, entendida como uma transformação publicista da assistência à saúde. Pelo menos, a curto prazo, a implantação completa do SUS possivelmente lhes traria perdas objetivas, na medida em que, na sua maioria, eles deveriam estar vinculados a planos de saúde empresariais, a essa altura institucionalizados e em franca expansão desde a década de 1980, constituindo-se, muitas vezes, em objeto de negociação coletiva, mesmo que, ideologicamente, não deixassem de expressar apoio incondicional às propostas do SUS.

Por sua vez, os prováveis usuários do SUS (os segmentos excluídos da assistência privada – seja pela menor renda, seja pela forma de inserção mais precária no mercado de trabalho) não demonstraram capacidade de mobilização que pudesse dar sustentação à reforma, que, por suas características redistributivas, demandaria coalizões mais amplas, particularmente em uma situação institucionalizada de diferenciações e privilégios.

O veto implícito à implantação da reforma em sua completa aceção não veio, contudo, apenas dos segmentos favorecidos pela assistência privada. Por meio de mecanismos indiretos, particularmente o subfinanciamento do SUS, o próprio governo não garantiu a viabilização dos objetivos da reforma. A indefinição e a ausência de fontes de financiamento estáveis, em um primeiro momento, e suficientes, no momento atual, têm barrado os avanços da implantação do sistema público. A aprovação da emenda constitucional (EC) 29/2000, que vincula recursos dos três níveis de governo para a saúde, não demonstra que a questão terá uma solução satisfatória.

Como a principal fonte de recursos para custeio da assistência pública é de origem federal, as divergências relativas à regulamentação da EC 29 e da definição da origem dos recursos relativos à contribuição da União têm se traduzido em alocação de recursos aquém do esperado com a aprovação da EC. Mesmo que não se manifestem propostas explícitas de redução programática do escopo do SUS, a sociedade, por meio de seus representantes ou por meio da omissão e do silêncio, tem demonstrado pouca disposição para custear a expansão da assistência de caráter público de forma solidária, traduzida no seu formato moderno em pagamento de tributos para que o Estado atenda ao ‘interesse comum’⁵. Mesmo porque, no caso da assistência à saúde, esse interesse é difícil de ser definido, tendo em vista a consagrada segmentação do ‘público’ objeto da ação do Estado.

Os movimentos contraditórios que formataram a política de saúde atual se expressaram na legislação e também no processo de implantação recente, pois, apesar das restrições, o SUS foi se institucionalizando, inclusive pelo reconhecimento público do direito à saúde. Nesse processo, outros atores se constituíram e passaram a disputar espaço na arena da saúde, particularmente os gestores municipais e estaduais e os conselhos paritários formados nos três níveis de governo, como exigência da legislação e em um movimento de ampliação da ‘esfera pública’. A mobilização em torno da viabilização financeira da assistência pública mostrou a visibilidade e a importância política que ela assumira, bem como a rede de instituições e atores em torno do SUS, inclusive os prestadores privados e profissionais de saúde, cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde. Duas lógicas operam na política de saúde: uma publicista, no sentido de viabilizar o SUS – processo que, de certa forma, se tornou irreversível – e outra privatista, no sentido de ampliar a cobertura por planos e seguros de saúde, constituindo ou consolidando dois segmentos diferenciados, que se traduzem em duas estruturas institucionais e em um sistema de saúde dual.

Expressão e consolidação dessa dualidade – bem como do volume e da importância que o segmento privado assumiu, concomitantemente às mudanças institucionais no sentido de implantação do SUS –, na década de 1990 ganhou relevo o debate envolvendo diferentes atores, tanto governamentais quanto da sociedade civil, sobre a regulamentação da ‘assistência médica supletiva’. Tal debate culminou com a promulgação da lei 9.665, em junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Em vez de um indicativo simplista de ‘fracasso’ do SUS, a regulamentação mostra que se tratou de colocar sob o controle governamental atividades que já estavam suficientemente institucionalizadas, de tal forma que o dispositivo constitucional que garantiu a assistência pública a todos por si só não demoliria. A regulamentação não faz nada mais do que completar o processo de consolidação do sistema de saúde dual do país, confrontando a lógica da assistência médica como uma mercadoria ou um produto à lógica do SUS, baseada na noção de direito de cidadania.

⁵ A noção de solidariedade parece assumir outra conotação no debate sobre a Contribuição Solidária para a Saúde (CSS), como transparece na fala do senador José Genoino: “O Sistema Único de Saúde se destina principalmente à população mais pobre e carente, que não tem condições ou acesso à rede privada nem plano de saúde. É por esta razão que entendo a CSS como uma contribuição solidária”. (www.zedirceu.com.br, acesso em: 26 jul. 2008).

Entretanto, a regulação do mercado de planos privados de saúde não significou a retirada do Estado da provisão de serviços de saúde, tampouco mudança normativa da política nacional de saúde, realizada via SUS. Ao contrário, o processo regulatório se fez de forma independente da política nacional de saúde, sem mesmo negá-la ou redirecioná-la oficialmente. Sem interferir formalmente na política voltada para a assistência pública, a regulação desnudou e formalizou o modelo segmentado e dual que se constituía historicamente na assistência à saúde, em razão de escolhas políticas anteriores e mesmo de ‘não-decisões’. Ao assumir implicitamente a segmentação e ao ter como um de seus objetivos a ampliação do mercado de planos de saúde, a política regulatória tornou evidente, entretanto, o caráter meramente formal – do ponto de vista dos fundamentos normativos que norteiam as decisões governamentais – dos princípios do SUS, particularmente a universalidade e a igualdade de acesso. O processo político que engendrou os objetivos da regulação e o modelo regulatório confirma o sentido da política de assistência pública à saúde, voltada prioritariamente para os segmentos sociais que não têm capacidade de adquirir planos de saúde no mercado ou que estão excluídos dos planos coletivos, em virtude da maior precariedade de sua inserção no mercado de trabalho. O enfraquecimento da proposta de um sistema público de cobertura universal, que já se fazia na prática com base em mecanismos institucionais consolidados, fica formalizado na nova política regulatória que passa a integrar o conjunto das políticas de saúde. Em suma, a regulação da assistência privada não significou um movimento deliberado de privatização, mas a oficialização do sistema segmentado da assistência à saúde no Brasil.

Porém, isso se faz como em um mundo de sombras, omissões e ocultamento, na medida em que a relação entre o sistema público e o privado não é enfrentada, exceto na questão do ressarcimento ao SUS das despesas efetuadas pelo sistema público com serviços prestados a usuários de planos privados. Embora a questão do ressarcimento tenha sido tratada como um mecanismo de aprimoramento da gestão pública e de relação entre o sistema público e privado, ela reafirma o reconhecimento oficial da segmentação de clientela⁶. Na definição da política regulatória, não foi considerada a definição mais ampla da política de saúde com relação à formatação adequada do *mix* privado/público na assistência à saúde ou do papel do sistema privado no sistema de saúde brasileiro. Ou, ainda, a regulação não significou um reordenamento da produção privada segundo a lógica de ‘bens públicos’; apenas se regulou um mercado considerado de ‘interesse público’, buscando garantir direitos do consumidor e não o acesso a serviços que fossem assumidos como de responsabilidade pública. E muito menos foi tratada a questão da vinculação com a rede privada prestadora de serviços de saúde, que, em grande parte, é onde há uma interface entre os sistemas público e privado. Outra questão que não foi objeto da regulamentação foi o financiamento governamental indireto das atividades privadas

⁶ Existem tentativas recentes, partindo da Agência Nacional de Saúde (ANS) (talvez porque seu principal dirigente seja um sanitarista), de ações de integração da saúde suplementar com o Sistema Único de Saúde (SUS). A ANS preocupa-se em criar canais de discussão no âmbito do Ministério da Saúde e com as demais entidades representativas do setor, com vistas ao que considera “o aprimoramento da agenda de um verdadeiro Sistema Nacional de Saúde”(www.saude.gov.br). Mas essa tentativa até agora atua no sentido de implantação do TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar), permitindo uma compatibilização com os diversos sistemas de informação em saúde, e o principal instrumento dessa integração é o processo de ‘ressarcimento’ ao SUS.

com base nos mecanismos de renúncia fiscal. A omissão no tratamento da questão garantiu a sua permanência como uma forma de incentivo à assistência privada. Isso se deu ao mesmo tempo em que se discutia e aprovava, também no Congresso Nacional, a ampliação de recursos para o SUS pela EC 29.

Seguindo essa política, o Ministério da Saúde, como o espaço institucional de formulação e execução da política de saúde, de forma direta ou indireta por intermédio da Agência Nacional de Saúde (ANS), passa a ser a instância reguladora de dois sistemas de assistência não apenas díspares, do ponto de vista conceitual e jurídico, mas completamente independentes – pelo menos formalmente – e com coberturas, clientela e qualidade bastante diferenciadas. Um deles, o SUS, fundamentado na concepção do direito à saúde – portanto, de caráter universal e igualitário; o outro, baseado na lógica do mercado em que a participação é desigual, embora formalmente livre, sendo os planos de saúde vistos como produtos a serem registrados e controlados quanto à qualidade e ao preço, mas também como quantidade variável de produtos a serem consumidos. Nesse sentido, a política regulatória tem como consequência a fragilização do projeto SUS do ponto de vista político-ideológico, além de reforçar as crenças cognitivas a respeito dos dois sistemas.

Isso significa que o Estado, ao mesmo tempo em que assume novas funções de regulador, não abandonou suas ações intervencionistas e continua sendo responsável por um sistema nacional de saúde que oferece cobertura ampla para cerca de 75% da população. A regulação estatal da assistência à saúde convive com a responsabilidade estatal pela assistência, embora para clientela diferentes. As duas faces estatais coexistem em um único ministério, apesar das contradições entre ambas, que se expressam em mecanismos institucionais de decisão completamente díspares. Estes, por sua vez, refletem pressupostos políticos também diversos, não só relativos ao papel do Estado, mas também ao da gestão pública. Na gestão do SUS, a participação de representantes da sociedade e dos gestores das diversas instâncias subnacionais de governo é garantida por meio de diversos arranjos institucionais, que permitem não só maior responsabilização do poder público, como também a participação no processo decisório. No caso da assistência suplementar, o arranjo institucional de uma agência reguladora dotada de alto grau de autonomia administrativa, decisória e punitiva não considera as instâncias decisórias e gestoras do SUS. A essa não é submetida a ANS, que, em virtude de uma concepção técnica e profissional de responsabilidade, submete-se a mecanismos de responsabilização que seguem, principalmente, a lógica da avaliação de resultados e não a lógica política.

O resultado é a configuração de um padrão regulatório, no caso da saúde, que combina várias formas de ação reguladora:

- 1) a propriedade pública, pela manutenção, e até expansão de uma ampla rede de prestação de serviços diretamente pelo Estado;
- 2) a atividade regulatória por órgãos burocráticos do Executivo, no caso da regulação das atividades privadas vinculadas diretamente ao SUS
- 3) e regulação por meio de uma agência reguladora, no caso da assistência supletiva.

A regulamentação dos planos privados não apenas formaliza a segmentação da assistência, mas sinaliza para um aprofundamento da cisão entre os dois sistemas: o público e o privado. Ao se reconhecer, incentivar e normatizar as atividades privadas que se desenvolviam desde os anos 1960, surge também como consequência a constituição de uma arena política que passa a agregar e segregar um conjunto de atores, muitos dos quais se vêem, assim, completamente deslocados da arena da política de saúde mais abrangente – nesse sentido, enfraquecendo o debate político sobre o sistema público. Este último, por envolver políticas de caráter redistributivo, demandaria coalizões mais amplas e duradouras para sua sustentação política, o que parece ficar cada vez menos provável, na medida em que parte da ação política se desloca para o conflito pelo poder de normatizar a assistência privada.

Apesar disso, por razões estruturais, expressas principalmente na desigualdade social, e institucionais, na medida em que é efetiva a inserção do SUS na sociedade, o processo de institucionalização do sistema público segue seu caminho. Nada indica que, em curto e médio prazos, ele deixe de ser a referência principal para a assistência à saúde no país. Seu percurso, entretanto, reflete sempre as marcas da dupla institucionalidade da assistência à saúde no Brasil.

Um dos aspectos da imbricação entre o sistema público e o privado, expresso na interpenetração das redes prestadoras de serviço, é a dependência do sistema público em relação à rede privada prestadora de serviços. Ao longo das duas últimas décadas, tem ocorrido a ampliação da rede pública, principalmente na área ambulatorial, que tanto aponta para o esforço da universalização da assistência a partir da garantia de acesso à atenção primária e de reversão do modelo assistencial centrado no atendimento hospitalar, quanto se relaciona ao aprofundamento do processo de descentralização, gerando maior pressão sobre os governos locais.

Embora venha ocorrendo uma expansão relativa dos leitos públicos, a rede hospitalar é ainda o ‘calcanhar de Aquiles’ do SUS, sendo significativa a superioridade dos leitos privados: em 2005, para 0,81 leitos/1.000 habitantes públicos, havia 1,6 privados e destes, apenas 57,6% estavam disponíveis ao SUS (AMS/IBGE). Em 2002, o setor público detinha apenas 5% da rede de serviços de apoio à diagnose e terapia, formada quase que exclusivamente por estabelecimentos privados lucrativos (92%). Entretanto, apenas 35% desses estabelecimentos prestavam serviços para o SUS, contra 91% que vendiam serviços para os planos de saúde privados.

O fato de o sistema de saúde ser não apenas dual, mas alicerçar-se, em grande parte, sobre a mesma rede de serviços privados, tem implicações para o funcionamento do SUS. Em função das diferenças de valores pagos aos prestadores, caso o estabelecimento tenha condições favoráveis no mercado que lhe permitam prescindir do SUS, a sua opção será sempre vender serviços para os planos de saúde, exceto nos procedimentos para os quais os valores pagos pelo SUS sejam superiores.

Pontos para um debate

A reflexão conceitual, bem como a análise e o desvelamento de processos e características do sistema de saúde brasileiro podem contribuir para o debate – acerca o público e o privado no

âmbito da assistência à saúde no Brasil – que informe sobre novas estratégias e proposições no limiar da primeira década do século 21. Finalizando este artigo, destacaria alguns aspectos dessa relação que considero que devam ser levados em conta na construção de uma nova agenda para a saúde, a qual recupere os ideais da reforma sanitária e os coloque em um novo patamar, em consonância com os novos e reatualizados desafios.

Se avanços consideráveis foram obtidos no âmbito do sistema de saúde, o alcance dos objetivos finalísticos do SUS está associado a questões cuja solução está fora dele, localizando-se no âmbito político da definição de políticas públicas.

Em primeiro lugar, cabe destacar que o financiamento do SUS ainda é objeto de disputa, refletindo-se na instabilidade e insuficiência dos recursos alocados, colocando constrangimentos para a efetivação do sistema em sua completa aceção. A prática concreta tem negado constantemente os objetivos da reforma, expressa pelas dificuldades atuais de regulamentação da EC 29 e da não prorrogação da CPMF. Ao mesmo tempo, a questão do financiamento indireto da assistência supletiva por meio de incentivos fiscais, tanto para pessoas jurídicas quanto para pessoas físicas, não tem sido questionada na agenda pública e não foi discutida por ocasião da regulamentação dos planos de saúde privados. Embora a hipótese da eliminação dos subsídios necessariamente não se traduza em aumento de recursos para o SUS, a permanência desse subsídio indireto para o setor privado, em um quadro de insuficiência de financiamento do sistema público, reafirma a dualidade da política de saúde no país. Trata-se, agora, de não mais camuflar ou omitir essas questões, mas de enfrentá-las abertamente em um debate político que não deveria ser adiado.

A EC 29, que fixa os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por estados e municípios, definiu uma regra transitória para o governo federal, que deveria ter vigorado até 2004 mas continua em vigor por falta de uma lei complementar que a regulamentasse. A EC 29 não foi capaz de garantir crescimento significativo para os recursos da União com relação às políticas de saúde (embora tenha passado de 20 bilhões e meio, em 2000, para 48 bilhões e meio, em 2008) e foi parcialmente bem-sucedida na elevação dos gastos dos entes subnacionais⁷. O gasto público total, em torno de apenas R\$ 358,54, é ainda volume insuficiente, seja para fazer frente às necessidades do setor, seja em comparação com outros sistemas de saúde que buscam a universalidade e integralidade da atenção.

O projeto de lei complementar 306/2008, do Senado, regulamentou os parágrafos 2º e 3º do artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (texto da EC nº 29, de 2000) e criou a Contribuição Social para a Saúde (CSS). O Plenário da Câmara aprovou, em junho de 2008, essa regulamentação dos gastos com saúde e a criação da CSS por uma margem apertada de votos: 259 contra 159 (somente dois votos a mais que o mínimo necessário). Os desdobramentos dessa votação são imprevisíveis, mas não há indícios de que se obtenha suporte político para ampliação de

⁷A EC 29 provocou uma mudança da composição relativa do gasto público com saúde: redução relativa do gasto federal (de cerca de 60% das despesas com saúde, em 2000, para pouco mais de 50%), ampliação significativa dos gastos municipais e menor ampliação da participação dos estados no custeio da assistência. Em 2004, o gasto público *per capita* em saúde era assim distribuído: federal, R\$ 180,10; estadual, R\$ 180,10; municipal, R\$ 90,15.

arrecadação e, portanto, de recursos para o SUS. Além disso, a questão dos subsídios aos planos de saúde privados continua fora tanto da agenda pública quanto da agenda governamental.

A questão do financiamento é apenas um dos sintomas da falta de suporte político à assistência pública, justificada, muitas vezes, de forma retórica pela avaliação negativa da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, difundida de forma intensa na mídia e por meio do setor privado. Embora muitas pesquisas – PNAD (1998 e 2003), IBOPE (1998) e pesquisa com moradores de Belo Horizonte, realizada por Menicucci (2007) – apontem avaliações positivas dos atendimentos prestados, é logicamente plausível supor que as imagens negativas (que têm como contraface a preferência pela assistência privada e reforçam a ideia de que o SUS seja voltado principalmente para os pobres) traduzam-se na falta de sustentação política mais ampla do SUS.

O maior desafio para uma construção institucional do sistema de saúde do Brasil que garanta maior efetividade e sustentabilidade parece estar relacionado à definição das formas de articulação do *mix* privado/público que se constituiu ao longo do tempo. Dada a institucionalização de um sistema dual, é necessária a demanda da construção social de uma agenda radicalmente inovadora que supere a discussão focada apenas no sistema ‘único’ e possa levar a uma reconstrução do arcabouço regulatório do sistema de saúde como um todo e não apenas centrado em seus segmentos.

A característica dual do sistema de saúde impede que o setor público tenha na rede privada a garantia da prestação de serviços públicos. Esse legado gera a necessidade de regulação governamental mais forte para, de fato, publicizar a rede privada, fazendo valer o interesse público em função do imperativo legal de garantir o acesso universal. As limitações para uma regulação mais efetiva têm sido muitas e incluem dificuldades operativas do sistema público para definir sua demanda, negociar serviços, implantar e fiscalizar contratos, o que impõe fortes custos de transação em uma relação que ainda não tem regras muito definidas e nem desenvolveu a capacidade reguladora entre os gestores públicos. As restrições políticas são também significativas, na medida em que o setor privado, com forte tradição de autorregulação ou de regulação governamental, quase limitada à definição de preços e controle da produção dos serviços, impõe fortes resistências.

Porém, o que parece mais decisivo é que não têm sido construídas, no âmbito do setor saúde ou mesmo na sociedade, propostas consistentes no sentido de uma transição para uma regulamentação sob a lógica do interesse público. Uma ‘macrorregulação’ (fazendo aqui uma ressignificação do termo para pensar em regulação estatal em sentido amplo) que defina a forma de inserção do setor privado no sistema de saúde não tem feito parte da agenda pública e/ou governamental; por um lado, o esforço regulatório tem sido voltado para o cotidiano das operações do SUS, e, por outro, para os planos de saúde.

Enfim, o alcance dos objetivos do SUS passa pela politização da questão da saúde, o que, de início, tem implicações para a definição do financiamento e para a resposta à questão: quanto a sociedade está disposta a pagar para o SUS? Isso também aponta para a necessidade de uma macrorregulação que, entre outras coisas, defina a relação público/privado, além da necessidade

de integração de políticas públicas, não apenas voltadas para ao desenvolvimento, mas também, para o bem-estar. Acima de tudo, o desafio é promover uma ressignificação do SUS para que ele não continue sendo o 'SUS para os pobres'. Isso passa pela constituição de uma agenda pública sobre as consequências do formato da relação público-privado para a igualdade e eficácia da assistência à saúde no país. Muito além da universalidade, o desafio maior é alcançar a equidade.

Referências

- ALMEIDA, C.M. Crise econômica, crise do *Welfare State* e reforma sanitária. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M.L.W. (Orgs.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 197-200.
- ARATO, A.; COHEN, J. Sociedade civil e teoria política. In: AVRITZER, L. (Org.). *Sociedade civil e democratização*. Belo Horizonte: Del Rey, 1994.
- ARENDT, H. *A condição humana*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE (ABRES). In: I Encontro Nacional de Economia da Saúde, Anais... São Paulo, 1994.
- BAHIA, L. Relações Público-Privado e Reforma Sanitária. In: SEMINÁRIO O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE, 23 e 24 abr. 2009. [Termo de Referência]. Rio de Janeiro (RJ), 2009. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/file/PUBLICO_E_O_PRIVADO_NA_SAUDE.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2010.
- BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES, HUCITEC, 1981.
- CORDEIRO, H.A. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- EIBENSCHUTZ, C. Apresentação. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p. 1-18.
- ESTEVES, J.P. Público e Privado. *Dicionário de filosofia moral e política*. Instituto de filosofia da linguagem. Disponível em: www.ifl.pt/main/Portals/O/dic. Acesso em: 10 abr. 2009.
- FLEURY, S. Paradigmas da reforma da seguridade social: liberal produtivista versus universal publicista. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p. 69-91.
- GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa: racionalidad de la acción y racionalización social*. v. 1. Madrid: Taurus, 1999.
- _____. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. 2 v.
- _____. *The theory of communicative action. Lifeworld and system: a critique of functionalist reason*. Boston: Beacon Press, 1985.
- LABRA, M.E. As políticas de saúde no Chile: entre a razão e a força. In: LABRA, M.E.; BUSS, P. (Orgs.). *Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 103-152.
- LAURELL, A.C. La lógica de la privatización en salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 31-48.
- LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MENICUCCI, T.M.G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- OLIVEIRA, J.A.; TEIXEIRA, S.M.F. *(Im)Previdência Social: 60 anos da previdência social no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Abrasco, 1986.

PAIM, J.S. O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. In: HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BARBOSA, R. (Orgs.). O público e o privado na saúde. São Paulo: HUCITEC, 2005. p. 111-126.

POLANCO, J.D. Elementos para la construcción de una estrategia frente al proceso de privatización de los servicios de salud en Venezuela. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 155-173.

POSSAS, C.A. *Saúde e trabalho: a crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

SILVA, F.A.R.; MAHAR, D. *Saúde e previdência social: uma análise econômica*. Rio de Janeiro: IPEA; INPES, 1974.

VIANA, A.L.D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A.M. (Org.). *Ciências Sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: HUCITEC, FAPESP, 2000. p. 113-133. (Saúde em Debate - Série Didática).

Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado

Rosana Onocko Campos

Introdução

Em saúde, as relações entre o público e o privado e a utilização desses conceitos deveriam sempre ser problematizados. Há séculos, para a Saúde Pública o tema da saúde de grupos e populações deixou de ser um tema privado para se transformar em objeto de políticas públicas e intervenções das diversas esferas do Estado. No Brasil, desde 1988, a saúde foi incorporada como direito de todos e dever do Estado na Constituição Nacional. Contudo, a problemática da saúde vive e resiste como uma questão privada, íntima, entrelaçada às maneiras de viver a vida e de se expor aos mais diversos riscos para nós, humanos.

Há também os setores público e privado, que deveriam supostamente funcionar como elementos complementares na prestação de serviços de saúde à população. Neles, as questões produtivas, financeiras e vinculadas às finalidades colocam tensões variadas, que são incorporadas, rejeitadas ou agenciadas também de maneira diversa, e acabam entrecruzando componentes gerenciais e subjetivos.

De maneira dominante, o planejamento em saúde não tem sabido lidar com essa complexidade e variação de problemas, tendo respondido quase sempre de maneira prescritiva e tecno-

crática (ONOCKO CAMPOS, 2000). Como exemplo extremo dessa posição, assistimos, na década passada, a uma divisão das tecnologias de planejamento entre aquelas que poderiam ser aplicadas em serviços públicos e privados, as primeiras visando a enquadrar os trabalhadores e profissionais na ditadura das finalidades, e as segundas procurando o mesmo tipo de enquadramento em prol da eficiência e rentabilidade financeira.

O planejamento em saúde poderia muito bem incorporar outras categorias de análise e outras maneiras de operar junto a grupos e organizações, contribuindo para desestabilizar as noções estereotipadas de público e privado, promovendo novas formas de produzir saúde seja no setor público ou no setor privado da prestação de serviços. Uma destas categorias é o reconhecimento da dimensão subjetiva. A capacidade de intervir no plano intersubjetivo propiciaria outro papel para equipes e trabalhadores de saúde, desenvolvendo sua capacidade de intervenção sobre problemas de saúde, promovendo a eficácia e potencializando a sua criatividade.

As noções de público e privado: uma armadilha conceitual

Um sujeito vai a uma consulta médica por sofrer de hipertensão. O médico o examina rapidamente, indica-lhe algumas medidas higiênico-dietéticas rapidamente e receita um remédio para tomar pelo resto de sua vida. Todo isso rapidamente. O hipotético paciente sai cheio de dúvidas, temores, um pouco depressivo ou um pouco reativo a seu diagnóstico recém-adquirido. Pergunta-se como conciliará os conselhos médicos com sua intensa jornada de trabalho. Podemos estar falando do alto executivo de uma empresa multinacional ou de um oficial pedreiro.

Essa consulta foi efetivada no setor público ou privado de assistência à saúde?

Os entraves aqui esboçados para a aderência ao tratamento são públicos ou privados? A pressa do médico se deve ao baixo salário que recebe da Prefeitura local ou ao incentivo ao lucro gerado na moderna clínica particular?

Afinal, a saúde e a vida são públicas ou privadas?

Hoje em dia, se alguém quiser gastar sua vida mais rapidamente fumando um maço de cigarros por dia, será dito que ele deve parar de fumar, pois o sistema de saúde gasta muito dinheiro todo ano por causa das despesas em assistência médica decorrente do uso de tabaco. Trata-se do mesmo sistema de saúde que gasta muito dinheiro por ano em hospitalização, tratamento e reabilitação de pacientes com acidentes vasculares cerebrais, consequentes da hipertensão arterial mal controlada. Mas se alguém decide se dedicar a praticar esportes radicais, automaticamente se transforma em alguém aventureiro, no máximo um pouco excêntrico, com todo o direito do mundo de fazer o que bem quiser com sua vida. Alguém pensou alguma vez em fazer redução de danos com Ailton Senna?

Alguém dirá que se qualquer pessoa arriscar sua vida e tiver reservas financeiras para pagar a conta, tudo bem, está em seu direito. O problema é criar despesas no sistema público. Será? Quantos jovens de famílias com alto poder aquisitivo acabam em uma madrugada de sábado em um Pronto-Socorro Público por ter decidido arriscar sua vida misturando álcool e carros último modelo?

Afinal, a saúde, a nossa saúde e a nossa vida são privadas, únicas, nossas, não-repetíveis, mas também são públicas desde que construídas num mundo humano e social permeado de valores.

Qualidade de vida, estilos de vida saudáveis, viver mais e melhor, ficar para sempre jovens e belos, não correr riscos, são todos valores que as ciências da saúde, em particular a medicina e a Saúde Pública, ajudaram a construir na sociedade. Adolescentes grávidas da periferia de grandes cidades dizem ter como principal preocupação na gravidez o fato de não ficarem gordas e feias. E por que não deveriam? E por que assim não seria? Pois é, é que, para nós que escutamos essas falas precedidas da declaração de que uma teve que sair de casa porque o pai não aceitou a gravidez e de que outra deverá parar de estudar no primeiro ano do segundo grau, parece uma preocupação quase *naïve*, juvenil demais!

O processo de construção de valores sociais e culturais sobre o adoecer, sobre o envelhecer, sobre o viver está fortemente marcado pelos discursos disciplinares que montamos no curso dos últimos séculos.

Que direito temos de invadir a privacidade das pessoas em nome da Saúde Pública?

Digo, se a minha vizinha tem um criadouro de mosquitos da dengue no seu quintal, esse é um problema público ou privado? Se meu paciente faz sexo com homens e mulheres sem proteção e sua mulher não sabe, essa é uma questão pública ou privada?

Exemplos como esses enchem o dia a dia de serviços de saúde, sejam eles pertencentes ao setor público estatal, público não-estatal ou particular.

A armadilha – pensamos – está contida na palavra ‘ou’. Todos os serviços de saúde trabalham cotidianamente com as duas dimensões. Então, a preposição a ser utilizada é o ‘e’ da velha dialética; trata-se de analisar e entender como se exercem essas duas dimensões, a pública ‘e’ a privada no cotidiano (LEFÉVRE, 1995; CAMPOS, 2000).

No setor público, há uma tendência ao esquecimento da dimensão mais privada da saúde. Impregnado de sanitarismo, o setor público (estatal, ou filantrópico, ou ONGs) tende a exercer uma espécie de doutrinação sanitário para com seus usuários. Os usuários sempre ‘devem’ apreender, entender, mudar, incorporar hábitos de vida saudáveis etc.

Esquece-se, assim, que na determinação da doença e da saúde de cada um de nós (sejamos clientes do setor privado ou usuários do setor público), há sempre uma parte que depende de nossa cultura, de nossa vontade de viver e enfrentar a vida no momento, de questões que, por não podermos dizer de outra maneira, inscrevem-se no corpo. Essas questões operam de maneira diferente em cada um de nós, mas também há distinções nos recursos materiais e simbólicos com os quais cada paciente conta para poder levar a vida em termos de algumas escolhas, e não simplesmente de um mero sobreviver.

A medicalização como estratégia de extração de lucro

Muito se tem desenvolvido a tecnologia, a farmacologia, os métodos diagnósticos e terapêuticos nas últimas décadas. Os benefícios desse desenvolvimento atingem – no mais das vezes – somente uma parte da população. Enquanto no setor público, muitas vezes, o estrangulamento dos recursos financeiros cria obstáculos para o acesso a certas tecnologias diagnósticas ou terapêuticas, no setor privado a sangria de recursos praticamente não tem controle. Quantos

exames de sangue podem fazer por ano aqueles que pagam por eles? Todos os que quiserem, até a anemia. O cliente da saúde acaba sendo um refém da ética e da decência de quem o trata. Como poderia um leigo avaliar na saúde o que de fato precisa consumir? Não se trata de comprar mais um par de sapatos, nem de trocar de carro. Com isto, destacamos que não estamos discutindo como sinônimo de privado uma saúde de ‘mercado’. Se há um setor onde as leis de mercado são claramente inaplicáveis, esse setor é a saúde. Os valores com relação aos quais a produção da saúde deve ser interrogada são os valores de uso, não os de troca (CAMPOS, 2000).

A quantidade de pessoas submetidas a procedimentos e intervenções desnecessárias é enorme. Os próprios trabalhadores da saúde (inclusive os médicos, sinto dizer) parecem às vezes confusos e perdidos entre inúmeros novos protocolos e fármacos que, em nome de duvidosos estudos científicos, são oferecidos para a compra no mercado livre da saúde particular. Essa é uma questão pública ou privada? Quem deve zelar pela saúde dos ‘clientes’ da saúde? Por que foi necessária uma regulamentação dos planos privados de saúde? (sem avaliar seus méritos).

A qual filme de horror poderíamos assistir em se tratando da saúde somente como mercadoria?

Em numerosos centros de atenção à saúde particulares que trabalham com seriedade ética e cientificismo, começam a se desenvolver programas preventivos, de aconselhamento, de melhora da qualidade de vida. Poderíamos pensar que se trata de meras estratégias de redução de custos, porém parece-nos uma redução da análise encarar o tema desta maneira. Pensamos que, além da preocupação pelos custos, há de fato uma mudança cultural em relação ao valor da saúde, da juventude, da beleza. Há os novos dilemas éticos colocados pelas novas técnicas, há inúmeros trabalhadores da saúde que, ainda que trabalhem no setor privado, incorporaram um compromisso na defesa da saúde e da vida como valores sociais.

Aqui, as fronteiras entre o público e o privado se diluem, pois quando tratamos da saúde sempre estaremos intervindo em esferas públicas e privadas. E isso é independente do subsetor prestador de serviços.

O planejamento em saúde nos anos 1990: a eficiência como imperativo público

Durante os anos 1990, houve uma queda no prestígio do planejamento em saúde. Contrariamente à década anterior, nos núcleos de planejamento da saúde coletiva começou a se esboçar um decréscimo das temáticas vinculadas ao planejamento e uma nova ênfase nas questões de avaliação (CAMPOS, 1999). Em muitas dessas avaliações e nos interstícios remanescentes de planejamento no setor público, as questões prioritárias passaram a ser as avaliações de produtividade, visando à eficiência.

Já não se discutem as finalidades; inventam-se modas para tornar os meios mais eficientes (CHORNY, 1998). Cobra-se do setor público que mostre sua produção (em termos de procedimentos) como garantia inquestionável de eficiência. E inúmeros autores levantam a ‘necessidade’ de o setor público de saúde (o Sistema Único de Saúde – SUS) ser de fato eficiente. O que caracteriza a eficiência é a produção máxima ao menor custo possível. Na década de 1990, essa argumentação é fortemente alimentada pela restrição de recursos para as políticas públicas, dentre

elas as da saúde. Mas quem precisa que o setor público seja – prioritariamente – eficiente? O setor saúde – sobretudo o subsetor público – nasceu para ser eficaz.

A eficácia tem a ver com a produção de saúde, com impacto nos indicadores de saúde da população. Se, para ser viável, o setor saúde precisa também ser eficiente, esse é um meio, nunca uma finalidade.

Amparado nessa lógica da eficiência, no Brasil proliferaram-se os Pronto-Atendimentos. Claro que essa não é a única razão. Há uma vinculação do valor (socialmente construído pela Constituição) do acesso como direito cidadão. Essa associação de valores (eficiência e acesso universal) contribuiu em muito para a degradação da clínica (CAMPOS, 2001), para o atendimento na forma de queixa conduta, que não garante resolutividade para grande parte dos problemas de saúde contemporâneos no Brasil. Assim, por exemplo, numerosos hipertensos têm como única forma de atendimento os Pronto-Socorros, nos quais a adesão ao tratamento dificilmente será lograda, e a vinculação com uma equipe que permita a avaliação de outros riscos (subjettivos, sociais) e não apenas o biológico nunca será feita.

E nesse emaranhado de novos valores, lá se foi o planejamento, somente ficando as planilhas de avaliação de produção, mas de produção de procedimentos, quase nunca de saúde. Prestam-se contas: fizeram-se X consultas, Y intervenções ou análises laboratoriais. Mas essas consultas serviram para quê? A taxa de AVC brasileira é maior do que a de muitos lugares do mundo; esse é um indicador de eficácia.

Poderíamos pensar nas recentes inúmeras campanhas verticais estimuladas pelo Ministério da Saúde como um exemplo desse furor pela eficiência. Para que serve fazer um diagnóstico – sempre duvidoso quando realizado numa medida rápida – de hipertensão arterial? Se o que interessa e será registrado é o número dos supostos diagnosticados, estamos praticamente frente a um caso de marketing sanitário. Claro que o diagnóstico precoce é importante, mas ele deve necessariamente estar vinculado ao acesso a formas de assistência eficazes: neste exemplo, o controle efetivo da hipertensão e de outros fatores de risco, a adesão ao tratamento etc.

Devemos começar a pensar um planejamento do setor saúde (público e privado) que recupere em parte uma antiga tradição da área: repensar as finalidades, recolocar o ‘para quê’ de nossas práticas (ONOCKO CAMPOS, 2001). É preciso que façamos isso o mais eficientemente possível, sem dúvida, porém sem colocar o carro na frente dos bois. O que o SUS deve produzir é saúde para a população, impacto nos indicadores de saúde. Redução de mortes e agravos evitáveis. Isso é eficácia. Isso não se resolve com contas, mas com intervenções no nível da organização do processo de trabalho e dos processos de subjetivação das equipes de saúde. E, para isso, não basta a avaliação, seja qual for a linha metodológica escolhida. Temos que voltar a planejar, mas de maneira diferente.

O planejamento analítico institucional: uma questão de saúde

Propusemos, em outro trabalho (ONOCKO CAMPOS, 2001), uma modalidade de planejamento que não se preocupasse tanto com a elaboração de planos, e sim com a formulação de projetos.

É preciso não confundir projeto e plano. O plano corresponde ao momento técnico de uma atividade, quando condições, objetivos, meios podem ser e são determinados 'exatamente' [...], [enquanto] O projeto [...] é a intenção de uma transformação do real, guiada por uma representação do sentido desta transformação, levando em consideração as condições reais e animando uma atividade. (CASTORIADIS, 1986, p. 97).

Um Plano é um instrumento técnico no qual estão resolvidas, operacionalmente, as questões dos meios e os fins para um objetivo estabelecido. Há várias técnicas para efetivar essa instrumentação (Programação em saúde, Planejamento orientado por objetivos – Zoop, Planejamento Estratégico Situacional – PES etc.). Segundo o caso e o tipo de problema, essas ferramentas técnicas poderão ser agenciadas.

Mas, em saúde e com maior frequência após o furor eficientista dos anos 1990, há sempre a necessidade de se refletir sobre as finalidades e a questão da eficácia de nossas práticas. Isso nos colocará sempre frente a escolhas clínico-políticas. Por isso, defendemos que, em saúde, quem quer ajudar a planejar e/ou gerenciar equipamentos de saúde tem que saber de saúde e ter propostas clínicas. Não haverá jamais nenhum economista que faça isso por nós. Toda desistência nesse terreno será uma abdicação da eficácia para entronizar simplesmente questões de eficiência (produção a baixo custo, extração de mais valia etc.). A questão que deixará de ser abordada é a do 'para quê?' de nossas práticas. A finalidade, o sentido, a teleologia.

Tendo claro isso, há ainda a necessidade de um grupo agenciar essa proposta e operar com ela: ou seja, ter um projeto. E um projeto nunca é somente uma proposta técnica (ainda que defendamos que, em saúde, essa dimensão nunca pode ser esquecida), um projeto é a articulação de valores a um conjunto de técnicas em prol de uma finalidade definida, com as quais alguém tem de operar no mundo material e humano. Mundo, portanto, permeado pelos constrangimentos do real (o financiamento sempre estreito, a incorporação tecnológica vertiginosa, etc.) e pelo subjetivo (desejos, temores, valores, jogos de poder, de afetos e desafetos etc.).

Os seres humanos não mudam por decreto; nós seres humanos temos dificuldades para encarar as mudanças (e elas não se resolvem dizendo simplesmente às pessoas “vejam, vocês tem é dificuldade de mudar.”, JOHNSON, 2001). É preciso, então, nos capacitarmos como planejadores para trabalhar com grupos humanos, entendendo que, muitas vezes, os obstáculos com os quais nos deparamos na hora da mudança não são racionais, mas que estão ancorados no simbólico dos grupos. Temos o desafio de abrir trilhas para transitar entre a macropolítica (aquela das regras, do financiamento e das leis) e a micropolítica (das relações de poder no cotidiano, dos medos inconscientes e irracionais, das defesas estruturadas). Sustentamos que a capacidade de agir racionalmente é inseparável do processo subjetivo dos grupos.

É no meio, pensamos, nesse trânsito, que um projeto poderá ser formulado e operado. Por isso pensamos num planejamento intermediário, extrapolando o conceito Winnicottiano de processo intermediário. Para Winnicott (1999), esse tipo de processo é o que faz a intermediação entre o mundo interno e externo, e que caracteriza todas as atividades da vida social e cultural humana.

Ao final da história de nosso próprio desenvolvimento como sujeitos, diz Winnicott, alguém deverá ter cumprido com duas funções fundamentais para conseguirmos ultrapassar essa fase. Essas duas funções são a de suporte (*holding*) e a de manejo (*handing*). A exploração dessas funções (que, tipicamente, a mãe desempenha para a criança) deverá ser exercida por alguém nos grupos, para que ter um projeto seja possível. Convocamos os planejadores, supervisores institucionais e gerentes para o exercício dessas funções. Exercício que compõe um novo papel profissional que preferimos, com Campos (2000), nomear de apoiador.

Ambas as funções, ensina Winnicott, precisam de um lugar e de um tempo. Assim, nossa tarefa não poderá mais ser pontual, mas processual. Um apoiador neste novo perfil acompanhará equipes com certa regularidade. Isto será fundamental para a função de suporte. Assim, também é preciso dar aos encontros uma regularidade ritmada, mantendo horário, desligando celulares. Fazendo desses encontros verdadeiros espaços inter-relacionais, e não reuniões corridas com pautas imensas, às quais já estamos acostumados. A lógica do trabalho em saúde impõe às equipes, muito frequentemente, um ritmo acelerado. Essa pressa é a maior aliada da banalização e da alienação que desejamos combater. Temos chamado isso de ‘função vírgula’ do apoiador (ONOCKO CAMPOS, 2002). Abrir pausas para a reflexão, ajudar a suportar o mal-estar (FREUD, 1997) inevitável do trabalho em equipe ou em qualquer organização – pública ou privada –, criar um espaço de fala protegido; todas essas atividades se enquadram na função ‘suporte’.

No entanto, será necessário mais do que isso para sermos eficazes em produzir mudanças nos serviços de saúde. Entra aí a função ‘manejo’. O manejo tem relação com o domínio de certas técnicas e saberes específicos sobre saúde, organização do processo de trabalho, novas modalidades clínicas, etc. Para isso, deveremos ter o que ofertar (CAMPOS, 2000) enquanto saídas técnicas para as equipes. Por isso, tampouco poderemos entregar essa função a qualquer analista institucional. Há necessidade de formarmos pessoas para o exercício deste novo papel profissional, na interface da subjetividade e do planejamento-gestão. Resumimos então os princípios fundamentais deste novo planejamento:

1. inseparabilidade do agir racional, deliberado, do momento subjetivo dos grupos;
2. inseparabilidade entre as questões clínicas e aquelas de planejamento e de gestão, de modo mais ampliado;
3. predomínio das questões de finalidades (eficácia) sobre as questões dos meios (eficiência);
4. novo perfil profissional para o apoio a equipes de saúde.

Fazendo público, tornando privado

Em se tratando de serviços de saúde, muitas vezes, destaca-se a necessidade de tornar públicas certas questões aparentemente privadas. Os usos do espaço, a aplicação das regras institucionais, os jogos do poder interno, por exemplo. Afirmamos que essas questões relacionam-se mais às lógicas institucionais do que ao fato de o serviço em questão pertencer ao setor prestador público ou privado. Essas questões são produzidas pela dinâmica institucional, quase sempre vinculada a movimentos de velamento do poder, ao ocultamento de certos pactos dene-

gatórios (KAËS, 1991), à impossibilidade de analisar as diferenças de interesses (CAMPOS, 2000). Dependendo do regime de propriedade ou de direito vigentes, elas tomarão rumos particulares. Toda organização se estrutura nelas, e nelas assenta uma parte de sua mitologia fundacional e de seu funcionamento (KAËS, 1991).

Portanto, sempre haverá algumas coisas para tornar públicas (num outro sentido do público que é o de deixar dizer ou propiciar a fala) quando pensamos numa intervenção institucional. Tais questões, inscritas no funcionamento da organização, não serão nunca resolvidas por decreto, seja do Prefeito, seja da comissão diretiva da Sociedade Anônima. Temos enxergado, no setor público (ONOCKO CAMPOS, 2001), uma maior potencialidade para exercitar essas reflexões. Potência em parte determinada pelo fato de, no setor público, não imperar a lógica do lucro, o que facilita a análise junto às equipes da produção de valores de uso. Contudo, há também as modalidades de gestão como fator interveniente importante em ambos os subsetores. Uma gestão autoritária e pouco participativa, ou uma omissa, quase que *pro forma*, como às vezes acontece no subsetor público obstruem a possibilidade de aprofundamento nestas questões e de obtenção de níveis de análise e de operatividade que viabilizem esse tipo de mudanças.

Ainda se fala muito pouco sobre a necessidade de tornar privadas algumas questões no serviço público (mas também no privado).

Um usuário chega a um serviço de saúde. No balcão de entrada, perguntam-lhe qual é a queixa dele. Geralmente haverá escutando – no mínimo – três ou quatro pessoas que nada têm a fazer com seu problema. E o direito ao sigilo? Ao pudor? Tenho constatado essa situação pessoalmente (enquanto usuária) tanto no setor público quanto privado.

Nos serviços que trabalham com formação de profissionais, o paciente terá seu caso discutido em inúmeras instâncias. Todos sabemos que, nem sempre, o código de discricção é bem respeitado pela equipe, situação que se torna mais complexa quando se trata de equipes multiprofissionais, em ambientes ditos democráticos, onde os casos são discutidos por pessoal técnico e não-técnico. Não que isso não deva ser feito. A ampliação da clínica (CAMPOS, 2001) se sustenta nessa diversidade de olhares e escutas. Contudo, chamamos a atenção para a necessidade de qualificar, de não banalizar esses espaços.

Imaginemos, na atualidade, uma equipe de saúde da família na qual os agentes de saúde são pessoas que moram perto dos usuários, vizinhos. Se a discussão dos casos clínicos não é feita com o maior cuidado e zelo em relação à intimidade do usuário, há o risco de ele assistir a uma discussão do seu próprio caso clínico na padaria do bairro. As novas formas de organização do trabalho em saúde escancaram a necessidade de nos atermos a questões éticas de uma maneira muito mais crítica que antigamente.

Uma política de redução de danos, por exemplo, pressupõe uma aceitação por parte da equipe de uma série de valores que não lhes foram inculcados durante a formação. Trabalhando na defesa da vida e da saúde, como aceitar uma estratégia que ‘tolera’ que os usuários continuem com práticas consideradas não-saudáveis (utilizando drogas injetáveis, por exemplo)? A suposta suspensão de todo e qualquer julgamento não é conseguida por decreto. Profissionais e técnicos

de saúde que pretendam operar nesta nova lógica deverão experimentar um processo de res-subjetivação intenso e contar com instâncias nas quais possam continuar colocando em análise seus próprios pré-conceitos.

Os processos de identificação, de transferência e de contratransferência acontecem o tempo todo nos serviços de saúde, onde há sempre um grupo de humanos cuidando de outros humanos. Na maioria das vezes, sem que tenhamos consciência disso. Em geral, esses processos serão detonados por questões parecidas com os exemplos que tratamos. É então que questões clínico-políticas se escondem por trás de supostos problemas interpessoais.

Mas isto significa recuperar, inclusive para a saúde pública, o respeito por uma dimensão privada, a aceitação da sua própria 'castração' (conquanto não onipotência) disciplinar. O mal-estar freudiano refere-se a isso: ao nosso incomodo frente aos limites do real, perante as diferenças que qualquer outrem sempre nos traz.

Claro, isto também cabe muito bem para a própria medicina e para o próprio setor privado de saúde que, muitas vezes, coloca mal a questão: a saúde tem, então, uma dimensão privada, independentemente do subsector de prestadores do que se trate, mas é também um serviço público (enquanto direito, por isso nunca pode ser deixado somente nas mãos do mercado).

Problematizar essas questões junto a trabalhadores da saúde – sejam eles funcionários públicos ou privados – é de fundamental importância porque diz respeito à própria saúde dos trabalhadores e ao desabrochar de suas capacidades criativas e solidárias.

Nunca tornando tudo público, nunca mantendo guetos privados de sentido e compromisso com a tarefa. No trânsito, no meio (que não é o justo meio termo), no intermediário.

Se acaso devemos, eu e os outros, encontrar o fracasso nesse caminho, prefiro o fracasso numa tentativa que tem um sentido a um estado que permanece aquém do fracasso e do não fracasso, que permanece irrisório. (CASTORIADIS, 1986, p. 113).

Referências

CAMPOS, G.W.S. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. In: CAMPOS, G.W.S. *Gestión en salud, en defensa de la vida*. p. 71-84 (coletânea). Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

_____. Evaluation: from soliloquy to dialogue. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, abr./jun. 1999.

CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Tradução de Guy Reynaud. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CHORNY, A. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, v. 73, p. 5-30, 1998.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

JOHNSON, S. *Quem mexeu no meu queijo?* Tradução de Maria Clara de Biase. Rio de Janeiro: Record, 2001.

KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R. et al. (Org.) *A instituição e as instituições*. Tradução de Joaquim

Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 1-39.

LEFÈVRE, H. *Lógica formal/lógica dialética*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

ONOCKO CAMPOS, R. *La gestion: espace d'intervention, d'analyse et de spécificités techniques*. In: 1º SEMINÁRIO FRANCO-BRASILEIRO DE ANÁLISE INSTITUCIONAL, Paris VIII, Setembro de 2002, Versão em português no prelo.

_____. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, São Paulo, 2001.

_____. Planejamento e razão instrumental: análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 723-731, jul./set. 2000.

WINNICOTT, D.W. *Realidad y juego*. Tradução de Floreal Maziá. Barcelona: Gedisa, 1999.

A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde

*Luiza Sterman Heimann
Lauro Cesar Ibanhes
Roberta Cristina Boaretto
Jorge Kayano*

Introdução

A relação entre o público e o privado na Saúde é geradora de intensas discussões que parecem estar muito longe do fim, especialmente ao considerarmos o histórico das políticas de saúde no Brasil.

Partindo-se de quaisquer perspectivas – política, econômica, administrativa, técnica, jurídica – a relação entre o público e o privado assume as mais distintas formas e, portanto, desempenha papel central no processo de implantação e conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) na busca pela equidade. Esse binômio corporifica, no Brasil, impasses histórico-sociais, como a concentração de renda e o predomínio de interesses de grupos e setores econômicos.

Um dos grandes obstáculos para a gestão, por exemplo, é uma velha conhecida dos estudiosos do tema, a chamada ‘dupla-porta’, mecanismo pelo qual os beneficiários dos planos e seguros privados de saúde têm prerrogativa de atendimento em relação à população SUS no sistema público (COHN; ELIAS, 1999). Os efeitos são desigualdades ainda maiores quanto ao acesso aos serviços e à integralidade do cuidado.

Exemplo mais recente dessa tensão e dos interesses em disputa é a Lei Complementar nº 1.095, aprovada em 18 de setembro de 2009 no Estado de São Paulo, que abre possibilidades para a terceirização na saúde. A Lei permite que fundações de direito privado que administram

hospitais de ensino do Estado há pelo menos dez anos possam ser qualificadas como Organizações Sociais (OS). À época da aprovação da lei, a deputada estadual Maria Lúcia Amary propôs emenda que destinava 25% dos leitos das unidades gerenciadas por OS aos planos de saúde e pacientes particulares, que acabou sendo vetada pelo governador (SÃO PAULO, 2009).

Outra conhecida manifestação das dificuldades na relação público-privado é o não-ressarcimento ao SUS das despesas realizadas por detentores de planos e seguros privados de saúde¹.

Para além da explicitação dos dilemas e entraves, estudos sobre a relação público-privado na Saúde convergem para a confirmação da necessidade cada vez maior da inserção e participação dos atores sociais na formulação de políticas, no controle social e, conseqüentemente, no delineamento do modelo de atenção, organização, regulação e compra de serviços hospitalares, laboratoriais e de média e alta complexidade; em suma, na definição do papel e da ação do Estado na saúde.

Vale lembrar que a legislação brasileira define claramente atribuições e competências que permitem ao gestor do SUS exercer a regulação, fiscalização e controle do sistema, o que inclui, evidentemente, o setor privado, seja o chamado ‘setor complementar’ ou o ‘setor suplementar’. Outra decorrência dos efeitos do setor privado é a notável indução de padrões e comportamentos na população como, por exemplo, a expectativa de consumo de consultas e de medicamentos.

A relação público-privado e o pacto pela saúde

Tendo em vista o espectro de ação e a necessidade de ampliar o poder decisório do gestor em cada esfera de governo, mais recentemente há de se destacar a elaboração das Portarias N° 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006b), e a N° 699, de 30 de março do mesmo ano (BRASIL, 2006a). Editadas pelo Ministério da Saúde, ambas as portarias apontam justamente a possibilidade concreta de maior efetividade da ação regulatória por parte do gestor.

Essas duas Portarias referem-se ao ‘Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS’ e aprovam diretrizes sobre o planejamento, estabelecendo um sistema informatizado de monitoramento e o Termo de Compromisso da Gestão Federal, Estadual e Municipal, que deve ser construído em sintonia com os respectivos Planos de Saúde.

Para entender melhor a lógica do Pacto pela Saúde, é importante mencionar o compromisso assumido pelos gestores: o Pacto de Gestão, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Vida. No Pacto de Gestão, as diretrizes compreendem a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde. Ele afirma e pressupõe seu acompanhamento e revisão, a serem feitos anualmente.

Ainda como subsídio aos gestores, há o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) que aparece no item 4 do anexo da Portaria, estando nele contidos conceitos, princípios básicos e

¹A Constituição de 1988 define o setor privado como complementar ao SUS quando vende serviços ao sistema público e como suplementar quando atua no livre mercado. A Constituição também estabelece que, na compra de serviços, o SUS deve priorizar os prestadores filantrópicos (BRASIL, 1988, Art. 196 a 198).

objetivos. Destaca-se, também, que o Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento:

(i) adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; (ii) integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo; (iii) institucionalização e o fortalecimento do Planejamento-SUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS; (iv) revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes e (v) cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS. (BRASIL, 2006a).

Em relação ao financiamento, vale destacar que o Pacto introduz e estabelece blocos específicos: a atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância sanitária e epidemiológica; assistência farmacêutica e a gestão do SUS. Configuram-se eixos prioritários para a aplicação de recursos (investimentos) o estímulo à regionalização e os investimentos para a atenção básica. Atende ainda a outro princípio caro ao SUS e às necessidades do gestor local: a regionalização. Para concretizá-la, o Pacto define que os principais instrumentos de planejamento são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Desta maneira, segundo o Anexo II da Portaria, o planejamento regional terá condições de expressar as responsabilidades dos gestores para com a saúde da população de seu território e o conjunto de objetivos e ações, cujas prioridades, que são estabelecidas regionalmente, deverão estar refletidas no plano de saúde de cada município e de cada estado.

No capítulo relativo à responsabilidade sanitária, estão estabelecidos os compromissos de cada esfera no que concerne ao planejamento e programação. Destacam-se como responsabilidades comuns aos entes federados:

(i) formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente; (ii) formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; (iii) elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente. (BRASIL, 2006a).

Ao considerar as necessidades da população e os beneficiários de planos de saúde, as ações intersetoriais, a promoção da saúde e a submissão ao Conselho de Saúde, observa-se que não somente o gestor está implicado no processo de pactuação, regulação e planejamento, mas

também os representantes de usuários e de trabalhadores, envolvidos num dos espaços criados para a discussão e controle da execução política de saúde.

O Pacto pela Saúde cria, ainda, uma importante ferramenta para o gestor, que é o Colegiado de Gestão Regional (CGR). Sua função é instituir um processo dinâmico de planejamento regional capaz de expressar tanto as prioridades locais como os compromissos entre os gestores do SUS para consolidação da Reforma Sanitária, com repolitização da saúde, promoção da cidadania e garantia de financiamento de acordo com as necessidades do SUS, por meio da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) (BRASIL, 2006b).

Assim, pode-se dizer que o Pacto pela Saúde reafirma e enfatiza a institucionalização das responsabilidades e atribuições das três esferas de gestão do SUS discriminadas na Lei Federal 8080 de 1990 (BRASIL, 1990). Entende-se que a gestão deve ser construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo por meio de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

É significativo o fato de que, assim como nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) elaboradas para a estruturação do SUS, o Pacto não faz referência explícita ao setor privado, gerando uma contradição para o planejamento, o financiamento e a regulação do SUS, constituindo um dilema quando do planejamento local. Afinal, o SUS deve ser para todos, já que é universal, ou só para a população SUS-dependente? Ao se estabelecer esta questão, além da disputa por valores *per capita*, coloca-se em xeque o próprio princípio da universalidade.

Breve panorama do impacto do setor suplementar

A Constituição Federal de 1988 trouxe inovação, dentre outros motivos, por definir Saúde como muito mais do que assistência médica individual e o papel do gestor, portanto, é muito diferente nesse contexto. Em outras palavras, o SUS é um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações de promoção e de prevenção com as de cura e reabilitação. E, para tanto, o sistema público de saúde tem realmente crescido de modo considerável, o que é destacado por Vasconcelos e Pasche (2006). Em 1976, havia 51% de serviços de saúde públicos no Brasil e, em 2002, estes estabelecimentos passaram a representar 70% do total de serviços de saúde no país. Houve, portanto, um crescimento de 500% no setor público em contraposição a um aumento de 254% no setor privado (2006, p. 532).

Mesmo diante destes dados, vale a pena realizar aqui uma leitura panorâmica da evolução do financiamento do setor saúde. De acordo com o IBGE, em 2007 o consumo de bens e serviços de saúde representou 8,4% do PIB, e responde por 4,2 milhões de postos de trabalho – 4,4% do total da economia. A despesa das famílias com bens e serviços de saúde representou 4,8% do PIB. Este valor vem se mantendo com pequenas variações desde 2000², tendo os serviços não-hospitalares e os medicamentos respondidos pela maior parte destas despesas, cada um com cerca de 35% do total.

² Economia da Saúde – Uma perspectiva macroeconômica 2000-2005; IBGE com o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Brasília, DF: IBGE, 2008.

Apenas no ano de 2007, a participação das três esferas de governo nos gastos com saúde teria aumentado de uma média de 3,2 para 3,5% do PIB. Estes dados confirmam a tendência observada em todos os países de aumento dos gastos com saúde em ritmo mais acelerado do que em outras áreas. Mas, no caso do Brasil, o que chama a atenção é o fato de as despesas privadas terem aumentado muito mais do que as públicas.

De acordo com a OMS, em 1990 o gasto total com saúde representava 4,2% do PIB do Brasil. O gasto público respondia por dois terços deste total, ou 2,8% do PIB, enquanto o gasto privado respondia por apenas 1,4% do PIB. Portanto, em plena vigência do SUS, o gasto público teria aumentado apenas cerca de 0,7% do PIB, enquanto o gasto privado teria mais do que quadruplicado. Em relação ao gasto público, observa-se que o aumento deveu-se principalmente aos gastos dos municípios e, em menor proporção, dos Estados.

Estes dados alimentam a leitura de que grande parte da expansão do complexo médico-hospitalar nas duas últimas décadas foi bancada pelo gasto privado (famílias e empresas, quando estas oferecem serviços aos seus empregados). Isso garantiu o crescimento tanto dos planos e seguros de saúde como a oferta de serviços ambulatoriais de diagnóstico e tratamento, e também o consumo de medicamentos.

A composição do gasto das famílias varia bastante de acordo com as faixas de renda. Assim, a metade das famílias mais pobres do país destina entre 60 a 90% de suas despesas na compra de medicamentos. Os 30% das famílias de maior renda, que respondem por 70% do gasto total, destinam parcelas crescentes de suas despesas com tratamento odontológico e com planos e seguros de saúde. No decil de maior renda, o gasto com planos e seguros supera o gasto com medicamentos.

Além da concentração do gasto privado nas faixas de renda mais elevadas, observa-se a concentração geográfica nas regiões sudeste e sul do país, e especialmente nas suas regiões metropolitanas (RM), com destaque especial para a região metropolitana de São Paulo.

Vale destacar que a alta proporção – da ordem de 20% maior nas RMs – da população coberta por planos privados tem impacto direto sobre a rede pública de serviços de saúde, principalmente na demanda por procedimentos de média e alta complexidade, uma vez que há a tendência à restrição ao acesso aos procedimentos de média e alta complexidade em seus próprios serviços em função dos custos.

Os hospitais estatais que introduziram a prática de venda de seus serviços no mercado o fizeram através de mecanismos jurídico-administrativos denominados de 'Fundações Públicas de Direito Privado'. O perfil destas instituições geralmente é composto por hospitais de excelência que apresentam alta incorporação de tecnologia médica, como os Hospitais Universitários (COHN, ELIAS, IANNI, 2002).

Como se sabe, o setor privado da saúde teve sua organização fortemente marcada pelos determinantes macroestruturais das políticas de desenvolvimento socioeconômicos do país e a resposta via 'medicina previdenciária', o que marcou a forma como os profissionais do setor, em particular os médicos, se inseriram neste processo. O mercado, que era constituído essencialmente

pela prática liberal da medicina até meados do Século 20, foi progressivamente adquirindo um caráter empresarial, cujos produtos principais foram – e são – os Planos de Saúde.

Atualmente, há pouco mais de 48 milhões de pessoas beneficiárias de planos e seguros privados de saúde no Brasil, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (informação obtida no endereço eletrônico da ANS: <http://www.ans.gov.br>, ano 2008)³. Destas, 81% possuem planos de assistência médica, e os demais, planos odontológicos. Dentre aqueles que possuem planos de assistência médica (num total de 39.093.313 de beneficiários), 72% são coletivos (ou seja, contrato assinado entre uma pessoa jurídica e uma operadora para assistência à saúde da massa de empregados/funcionários, ativos/inativos, ou de sindicalizados/associados da pessoa jurídica contratante) e apenas 22% são designados como individual ou familiar, isto é, contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar).

A partir destes dados e reafirmando os achados de pesquisa anterior (HEIMANN; IBANHES; BARBOZA, 2005), pode-se afirmar que há um mix público-privado no interior do SUS e partimos deste ponto como eixo para discussão. Essa relação aparece em diversas funções do sistema de saúde, sejam elas de provisão, de financiamento e especialmente de regulação, onde é mais visível a ação – ou pouca factibilidade – do gestor de saúde.

A relação público-privado na gestão do Sistema Único de Saúde

Problematizando a relação entre o público e o privado na gestão do SUS, podemos observar que o setor privado cria novas formas e se reinventa a despeito dos mecanismos de regulação criados tanto pela ANS quanto por meio do Pacto pela Saúde.

Questões como a chamada ‘judicialização da saúde’ e a Política Nacional de Medicamentos realizada pelo SUS estão na ordem do dia. Os efeitos da chamada ‘judicialização na saúde’ aparecem como nocivos para o sistema, ou seja, medicamentos de última geração ou não-distribuídos pelo SUS são prescritos por profissionais médicos e os usuários recorrem ao poder Judiciário como forma de obtê-los. Esta é uma séria questão em aberto, especialmente se considerarmos a veiculação do problema pela mídia e a quantidade de eventos que se organizam em torno do assunto⁴ (STF, 2010).

Ademais, outro aspecto do problema é a obtenção de medicamentos pelo SUS a partir de receitas médicas fornecidas por profissionais dos planos privados de saúde, o que leva os gestores a estabelecerem medidas especificando receitas originárias do SUS como critério para obtenção do medicamento.

³Os planos e seguros privados de saúde são regulamentados pela lei 9.656 de 1998 (BRASIL, 2000).

⁴O assunto cria tanta controvérsia que foi instalada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) uma “Audiência Pública” convocada pelo Presidente do STF, Ministro Gilmar Mendes. Ela ouviu 50 especialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do sistema único de saúde, nos dias 27, 28 e 29 de abril, e 4, 6 e 7 de maio de 2009. Nas palavras escritas do próprio sítio: “Os esclarecimentos prestados pela sociedade a esta Audiência Pública serão de grande importância no julgamento dos processos de competência da Presidência que versam sobre o direito à saúde. Hoje, tramitam no Tribunal os Agravos Regimentais nas Suspensões de Liminares n°s 47 e 64, nas Suspensões de Tutela Antecipada n° 36, 185, 211 e 278, e nas Suspensões de Segurança n°s 2361, 2944, 3345 e 3355, processos de relatoria da Presidência”.

E os dilemas implícitos nessa prática e na questão da judicialização perpassam a discussão da universalidade do sistema e a integralidade ao cidadão, gerando uma “focalização” às avessas, pois o que seria a garantia de direitos constitucionais se transforma numa corrida de obstáculos onde ganha quem sabe o caminho das pedras, ou seja, grupos de pressão com maior poder de vocalização e visibilidade (*advocacy*) e não problemas de saúde definidos por critérios epidemiológicos, no plano locorregional, das chamadas ‘doenças evitáveis’ ou ainda que acometam preponderantemente os mais pobres.

Da mesma forma, procede-se à discussão sobre o ressarcimento, outro ponto ainda carente de efetiva regulação e distante de ter seu debate encerrado: embora a lei federal 9.656/98 assim o defina, a posição dos gestores sobre o assunto é divergente: enquanto para alguns os valores recebidos não compensam a estrutura que deve ser montada para sua realização – até porque as operadoras de saúde se utilizam de filigranas jurídicas para postergar ao máximo ou simplesmente não realizar o pagamento ao SUS. Para outros, esse mecanismo pode se revestir de importância para a obtenção de recursos, dependendo da escala.

A nosso ver, a operação do ressarcimento não deve ser encarada apenas como fonte de recursos financeiros, mas como mais um mecanismo de controle da atuação dos prestadores – além de constituir uma ação justa do ponto de vista do gasto público.

Com relação à provisão de serviços e à oferta, apesar de o SUS ter implementado formas mais ágeis e mecanismos mais seguros de controle sobre os contratos de gestão com as instituições privadas, o mercado igualmente amplia sua capacidade de adequação mudar para ficar igual.

Isso fica claro quando se observam as alterações da categorização, composição e perfil dos planos no decorrer dos últimos anos. Por exemplo, quando se compara o número de beneficiários detentores de planos individuais àqueles que possuem planos empresariais ou coletivos – na verdade muitas vezes grupos, famílias ou ajuntamento de pessoas através de sindicatos e associações – inclusive de Funcionários Públicos da área da Saúde.

A título de comparação, em dezembro de 2000, havia 37% de beneficiários com planos coletivos e 16,5% de beneficiários com planos individuais; em setembro de 2009, tínhamos 76,1% de beneficiários com planos coletivos e 19,9% de beneficiários com planos individuais (ANS, 2010).

Outro grande problema – na verdade um grande tabu – é a composição da força de trabalho no setor, isto é, um enorme contingente de profissionais de saúde, além de estudiosos e acadêmicos, que transita quase que diariamente entre diversas unidades, serviços e órgãos – inclusive de planejamento e gestão – tanto públicas como privadas. Ainda que a motivação pessoal possa eventualmente ser das mais nobres, os efeitos e impactos são desconhecidos. Mas são seguramente muito relevantes para o planejamento e gestão, tanto em relação à referência/contrarreferência – ‘furar fila’ nos encaminhamentos de média e alta complexidade, pedidos de exame e dispensação de medicamentos – como no perfil de saúde e no padrão de consumo e expectativas, de consultas ou exames, por exemplo.

Um dos pontos a serem destacados, que certamente confere poder de negociação do SUS no mercado, é o volume de compra, geralmente sem restrições ao atendimento da população beneficiária de planos de saúde, isto é, que o SUS hoje é reconhecido como ‘bom pagador’. Ao mesmo tempo, o prestador privado relata que muitas vezes tem dificuldades para receber das operadoras de planos de saúde, além de casos em que o paciente particular paga com cheques sem a devida cobertura, o que demanda ação judicial. Por outro lado, com o SUS, mesmo pagando um valor menor, o prestador tem recebimento garantido.

Isto posto, ressaltamos uma observação de nossos estudos empíricos das últimas décadas de que o sistema acaba por ser ‘público e universal’ justamente na Alta Complexidade e não na Atenção Básica.

Dizemos isso porque, se por um lado há a entrada pela porta ‘de cima’, privada, por outro aqueles que entram no sistema alcançam somente nele a atenção de que necessitam, por exemplo, transplantes ou hemodiálise. Na urgência e emergência, esse ponto é mais bem percebido, todo ele suportado direta ou indiretamente pelos serviços, horas/jornada de trabalho, sem falar na formação profissional, pagos pelo setor público e pelo SUS.

Ainda nesse sentido, em função de questões como capacidade instalada, compromissos políticos assumidos, relacionamentos pessoais de longa data ou dependência técnico-econômica, muitas vezes o gestor tende a não assumir a regulação plena, aumentando o grau de subordinação – seu e da população – à oferta dos serviços e equipamentos e aos interesses do mercado.

Assim, dado que um grande fator de gasto na saúde é com medicamentos, observa-se que, embora na Atenção Básica (AB) a Política Nacional de Medicamentos do SUS seja bastante efetiva, o problema surge quando os medicamentos são indicados/associados aos procedimentos de alta e média complexidade. Em suma: a pressão por regulação na AB é bem menor até por conta da escala necessária e da seletividade embutida nos encaminhamentos de pacientes – e nas necessidades do mercado, encastelados na Média e Alta Complexidade (MAC).

Aliás, aqui caberia uma discussão mais ampla, que ocorre nas Ciências Políticas ou entre os estudiosos do campo da Proteção Social, sobre ‘Política Social como conquista ou dádiva, entre a coesão social e a cooptação política’, entendida ora como contenção ora como suporte social de parcelas da população.

Em todo caso, empiricamente temos observado que na relação público-privado da saúde não há política em pequena escala da AB; tem que ter haver escala para alimentar o mercado. Na medida em que se sofisticava a MAC, complexifica-se a AB. Por exemplo: parto está na AB, por quê? Talvez porque não interesse diretamente ao mercado, e daí classificá-lo como básico. O atendimento de urgência e emergência também não é prestado pelo privado e, constando no espectro da AB, não interessa ao mercado, já que é um serviço custoso e, ainda por cima, universal.

Em síntese: a quem interessa e quem classifica esses procedimentos como AB? Com qual entendimento? E quais consequências?

Não se trata de restringir a discussão muito menos o atendimento e atenção prestados, mas sim de compreender estas questões em chaves de leitura mais amplas. Ao mesmo tempo

em que é obviamente importante que parto, urgência e emergência, por exemplo, sejam básicos, centrais e direitos de cidadania, também não há como deixar de analisar o impacto dessas ações e demandas subsequentes na conformação do setor e na capacidade de regulação por parte do gestor.

A regulação no Sistema Único de Saúde

Antes de qualquer coisa, ‘regulação’ tem a função de viabilizar politicamente os princípios da integralidade e equidade.

Entretanto, muitas vezes há uma reduzida capacidade de articulação para implementar a regionalização e hierarquização da rede de serviços entre os gestores públicos, e também destes com os prestadores privados, tais como as negociações que, na maioria das vezes, ocorre de forma direta, individualizada e mediada por interesses pontuais.

Porém, o que se encontra, via de regra, é a implantação de Unidades de Avaliação e Controle (UAC) com mecanismos tais como: cadastro do prestador, autorização de internação, conferência de procedimentos emitidos pelos prestadores para pagamento das internações, auditorias, e outros. A atuação das UACs geralmente prioriza a fiscalização contábil – importante, mas não suficiente – com poucas iniciativas de controle do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

Além disso, as equipes de avaliação e controle criadas recentemente são em número insuficiente e apresentam baixa capacitação técnica do seu quadro profissional. O resultado é que a regulação – mesmo com o Pacto pela Saúde – se mostra fragilizada, ocorrendo, como se disse, basicamente na ‘central de vagas’.

Em suma: o gestor muitas vezes premido por questões orçamentárias, jurídicas (Lei de Responsabilidade Fiscal, por exemplo), ou simplesmente demanda represada, se vê na condição de bombeiro, sempre ‘apagando incêndios’, e acaba repondo a ‘lógica do possível’, da ‘emergência’ e, com isso, aumentando a dependência dos serviços ofertados, seja lá do que e de quem for, dado que muitas vezes se encontra nas mãos do prestador privado.

Assim, a análise das estratégias e mecanismos da política pública em saúde e sua relação com o setor privado tende a evidenciar uma baixa capacidade de governança no setor, menos pela falta de instrumentos e mais devido ao desenvolvimento histórico e cultural das práticas e da gestão pública, que acabam orientadas pela lógica dos interesses privados.

E o que temos observado é que, além dos aspectos apontados, ou seja, dificuldades técnico-políticas ao exercer a gestão, negociação por questões pontuais e emergenciais pautada por carências de toda ordem, cultura clientelista – a lógica gerentocrática – com o ‘choque de gestão’, a ‘eficiência da máquina’ – impõe ainda mais restrições ao gestor, na busca da ‘maximização de resultados’, ou seja, a lógica do número e da produção.

Entretanto, é sempre importante lembrar sobre a reforma do Estado brasileiro e a alardeada modernização do aparato burocrático, uma diferença fundamental que o próprio documento-síntese desta última destaca:

O Estado é mais abrangente do que o aparelho, e compreende também o sistema constitucional-legal que regula a população no limite de um território. O Estado é a organização burocrática que tem o monopólio da violência legal, é o aparelho que tem o poder de legislar e tributar a população de um determinado território. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1995).

Deste modo, reafirma-se o imperativo da distinção entre ‘reforma do Estado’, que aliás é necessária para atender à maioria da população, e a mera maquiagem de setores da máquina de Governo. O primeiro evidentemente constitui um projeto mais amplo que diz respeito às várias esferas de governo, aos três poderes e ao conjunto da sociedade brasileira. O segundo mostra-se mais restrito e significa “tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania” (SALGADO, 2003, p. 23).

Daí, portanto, a recuperação do termo ‘regulação’ como regra: substantivo feminino, “aquilo que regula, dirige, rege ou governa”, registrado na Língua Portuguesa desde o Século 15; oriundo de *regla*, do Século 13, e originário do Latim *regulare*, “que é ou que age conforme as regras” (CUNHA, 1982, p. 672).

Na perspectiva da equidade, evidencia-se uma contradição quando o conceito de regulação é pensado no âmbito da compra e venda de mercadorias, dado que o mercado intrinsecamente induz às desigualdades. Equidade supõe a abordagem das desigualdades sociais no plano coletivo e não no plano individual, como ocorre quando se trata dos direitos do consumidor. Deste modo, faz-se imprescindível não reduzir a equidade em saúde a um equilíbrio entre necessidades ou demandas e oferta de serviços no mercado.

Vale lembrar que a Saúde Pública é reguladora em sua essência. Há vários de seus mecanismos criados para regulação que acabaram sendo incorporados pelo setor privado, tais como: avaliação de cobertura, de risco, de eficiência, de eficácia, de efetividade. No entanto, no setor privado, eles têm sido utilizados para auferir lucro e não aferir a saúde da população. De resto, o setor privado tem levado ainda à absorção não apenas de conhecimentos e tecnologias, mas dos próprios quadros formados e especializados da Saúde Pública pelo e no setor público.

A regulação da saúde deve se dar a partir do próprio SUS, o que significa regular não somente os serviços próprios públicos e/ou estatais, mas também os serviços contratados e conveniados. Torna-se evidente a fragilidade institucional do gestor da saúde na avaliação e controle das ações e do sistema de modo estável e reconhecido como tal, mas ainda a hegemonia do modelo médico-assistencial.

Para tanto, uma dificuldade já há muito identificada é a relação entre as distintas esferas de governo. É urgente uma maior articulação, acompanhamento e responsabilização dos gestores no cumprimento de suas funções públicas para a implementação do SUS e com a saúde da população. Em tese, isso pode se dar com o Pacto pela Saúde e o ‘Termo de Compromisso de Gestão’, mas este ainda carece de maiores avaliações, seja pelo pouco tempo de implantação, seja pela falta de mecanismos que realmente coloquem a responsabilização – das equipes, dos prestados, do gestor – de modo inequívoco, inclusive quanto às sanções.

Os estudos apontam, porém, que há mecanismos e estratégias sendo desenvolvidas para exercer uma melhor governança no setor. No entanto, eles são pouco usados no plano da regulação do setor privado pelo poder público, seja pelo gestor, seja pelos fóruns participativos, cuja responsabilidade é discutir e aprovar a política para o setor.

Na relação com os setores suplementar e complementar, o SUS, na defesa dos interesses públicos e da saúde como direito universal e revestido de relevância pública, deve considerar que a vinculação das operadoras a grandes conglomerados financeiros nacionais e internacionais lhe conferem expressivo poder de pressão – além do imenso *lobby* em setores como o Legislativo e a atuação nos meios de comunicação.

Para seu enfrentamento, portanto, uma ação conjunta do Executivo, do Legislativo, do Judiciário e do Ministério Público, além dos órgãos de defesa do consumidor e de outras formas de participação e organização dos cidadãos na formulação e condução das políticas públicas é requerida.

O jogo é difícil, truncado, com muitas disputas, enfim, lances no mínimo duvidosos, como dizem os locutores esportivos. Mas com a torcida vindo junto e com um pouco mais de criatividade no meio de campo, dá pra virar o placar, pois estamos apenas no primeiro tempo de uma partida que não tem hora para terminar.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Cadernos de Informação da Saúde Suplementar, p. 46. Disponível em: http://www.ans.gov.br/data/files/8A958865266CAFE2012696332A240965/caderno_informaca_12_2009.pdf, acesso em 30 de março de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 699/GM* de 30 de março de 2006a. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. 2006a. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 3 de abril de 2006, seção I, pág 49, col 2.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 399/GM* de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006b. Brasília, DF: Diário Oficial da União de 23 de fevereiro de 2006, seção I, pág 43, col 2. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> Acesso em: 10 mai. 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Lei 9.656*, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, p. 1, 4 de junho de 1998.

_____. Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Lei Orgânica da Saúde nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, seção I, nº 182, p. 18055, 20 de setembro de 1990.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

COHN, A.; ELIAS, P.E. (Coord.). *O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1999.

COHN, A.; ELIAS, P. M.; IANNI, A. M. Z. "Subsídio cruzado" ou "dupla porta" – o público e o privado no Hospital das Clínicas de São Paulo. São Paulo: CEDEC, 2002. (série didática nº 6).

CUNHA, A.G. *Dicionário etimológico*. São Paulo: Nova Fronteira, 1982.

HEIMANN, L.S.; IBANHES, LC; BARBOZA, R. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério da Saúde; FIOCRUZ; IPEA; ANS. *Economia da Saúde – Uma perspectiva macroeconômica 2000–2005*. Brasília, DF: IBGE, 2008.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília, DF: Câmara da Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <http://www.anped11.uerj.br/planodiretor1995.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2010.

SALGADO, L.H. *Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional*. Texto para Discussão nº 941. Brasília, DF: IPEA, 2003.

SÃO PAULO. *Lei Complementar Nº 1.095*, de 18 de setembro de 2009. Dispõe sobre a qualificação como organizações sociais das fundações e das entidades que especifica, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, de 19 de setembro de 2009, Seção I, p. 1.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Disponível em <http://www.stf.jus.br>, acesso em 2 de abril de 2010.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W. *et al.* (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 531-562.

Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde*

Introdução

Representou um grande avanço a regulamentação dos planos privados de saúde no Brasil, resultado da mobilização da sociedade civil, dos esforços governamentais e do trabalho Legislativo. No entanto, sete anos após a adoção do marco legal (Lei 9.656/98) a atuação do Estado no setor ainda é questionada e restrita. A complexidade do sistema de saúde brasileiro exige a formulação de diretrizes mais universais, coerentes com a concepção de que a saúde é um bem de relevância pública. A saúde suplementar deve, portanto, integrar a agenda mais abrangente da regulação da saúde e freqüentar mais assiduamente a pauta das instâncias de controle social que deliberam sobre as políticas de saúde.

Não resta dúvida sobre a importância da lei 9.656/98, que preencheu lacuna histórica, dez anos após a Constituição Federal ter firmado os princípios de universalidade e equidade que fundamentam a Saúde e a Previdência e, ao mesmo tempo, ter reconhecido que a saúde é livre à atuação da iniciativa privada. As distorções e equívocos que podem ser atribuídos à legislação não escondem seus impactos positivos: o estabelecimento de critérios para a entrada, funcionamento e saída de empresas no setor; definição de padrões mínimos de coberturas e transferência

* Estudo elaborado pelos conselheiros do CNS Mário Scheffer e Graciara Azevedo; e pela professora da UFRJ, Lígia Bahia. Seu objetivo é fornecer subsídios à discussão de ponto de pauta proposto pelo FENTAS (Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde) ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde.

para o Poder Executivo Federal (Ministério da Saúde) da responsabilidade pela regulação e fiscalização das operadoras, não só em seus aspectos assistenciais, mas também em sua atividade econômica.

Vale ressaltar que a abordagem da regulamentação dos planos de saúde nos conselhos e conferências de saúde, nas comissões intergestoras tripartite e bipartite, na atuação cotidiana dos gestores públicos e nos fóruns de debate sobre o Sistema Único de Saúde é ainda superficial e não está à altura da relevância das inúmeras intersecções entre a saúde suplementar e o Sistema Único de Saúde.

Mesmo não sendo esta uma pauta prioritária do Conselho Nacional de Saúde, destaca-se que durante toda a tramitação da regulamentação dos planos de saúde na Câmara e no Senado Federal, as propostas do CNS – deliberadas em Plenário desde 1996 - foram referência não só para as discussões dos parlamentares mas também para a mobilização da sociedade civil.

Apesar de suas limitações, o CNS tem acompanhado a regulamentação, marcada pela aprovação da Lei 9.656/98, pela criação e atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a edição de sucessivas Medidas Provisórias e de mais de 300 resoluções normativas. Em 2001 o Conselho organizou o Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde, em parceria com o Senado e a Câmara dos Deputados, ano em que o CNS também atuou na mobilização que culminou na derrubada da Medida Provisória 43 que pretendia, dentre outras mudanças, permitir maior sub-segmentação da cobertura dos planos de saúde. Em 2003 o CNS acompanhou de perto os trabalhos da CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados. Neste mesmo ano foi um dos promotores do Fórum de Saúde Suplementar, juntamente com a ANS e o Ministério da Saúde. Atualmente o CNS participa, na condição de observador, da Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo da ANS.

O Conselho Nacional de Saúde, por meio de sua Comissão de Saúde Suplementar, criada em 2001 e reativada em 2004, vem tentando afirmar que uma política para este segmento deve orientar-se pela defesa do direito à saúde e não apenas se ocupar em ditar regras para o mercado.

Por mais de uma vez, o CNS expressou a necessidade de eliminação da falsa idéia de que no Brasil existem dois sistemas que não se relacionam: o SUS o sistema dos pobres; e os planos e seguros de saúde para os trabalhadores formais e a classe média.

Assim, a discussão da saúde suplementar pelo CNS deve ser vista não como um tema que diz respeito apenas aos cerca de 40 milhões de brasileiros diretamente ligados aos planos privados de saúde, mas a partir das implicações da configuração deste setor na formulação de diretrizes da política nacional de saúde.

A atuação permanente do CNS no campo dos planos privados de saúde não deve estar voltada exclusivamente para o acompanhamento da legislação específica, da atuação da ANS, da avaliação da amplitude das coberturas ou da análise do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras.

Conforme plano de trabalho aprovado na 146ª Reunião Ordinária do CNS, em setembro de 2004, a atribuição da Comissão de Saúde Suplementar é “subsidiar a atuação do CNS nas discussões sobre o aperfeiçoamento da legislação e revisão do espaço institucional de regulamentação da Saúde Suplementar, bem como sua inclusão na Política Nacional de Saúde”.

Os temas definidos pelo Plenário do CNS como prioritários para a Comissão são: controle social (integração da assistência suplementar às instâncias de controle social do SUS, mecanismos de maior participação da sociedade nas discussões relacionadas aos planos privados de saúde); financiamento (avaliações sobre os recursos públicos envolvidos direta e indiretamente no mercado de planos de saúde); regulamentação (acompanhamento junto ao legislativo e ao Judiciário); e qualificação da atenção (qualidade da assistência e mudança do modelo de atenção em saúde).

A seguir, serão apresentadas reflexões e dados colhidos sobre aspectos que conformam a base do financiamento do segmento da saúde suplementar. O objetivo do estudo é fornecer subsídios à discussão de ponto de pauta do Conselho nacional de Saúde, proposto pelo Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (Fentas). Ressalta-se que a ausência de estudos e pesquisas sobre o tema, bem como a dificuldade de se estabelecer estimativas precisas sobre o total do aporte de recursos públicos para o mercado de planos de saúde, confere o caráter preliminar às considerações que serão traçadas. Sem a pretensão de esgotamento do tema, pretende-se, com o levantamento, dar início ao debate acerca das complexas relações entre o financiamento público e privado da saúde no Brasil.

O contexto dos fluxos de recursos públicos para os planos de saúde

Características do sistema de saúde brasileiro

A ANS definiu oito modalidades de empresas que operam no setor de saúde suplementar: medicina de grupo, seguradoras especializadas em saúde, cooperativas médicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), administradoras, instituições filantrópicas, cooperativas odontológicas, e odontologia de grupo.

Em janeiro de 2005 a ANS dava conta que existiam no Brasil 1.795 empresas operadoras de planos de saúde registradas, que cobriam cerca de 39,8 milhões de usuários (cerca de 22% da população brasileira, estimada em torno de 181,5 milhões de pessoas em 2004). Do total de beneficiários, 44,7% ainda possuem planos antigos, ou seja, anteriores à vigência da Lei 9.656/98, parcela de contratos com sérios problemas de limitações de cobertura. Dentre os planos novos, adquiridos após a vigência da Lei, apenas 25% são usuários de planos individuais e familiares, demonstrando cada vez mais a predominância dos planos coletivos.

Outra característica do setor é sua alta concentração, com uma grande quantidade de pequenas operadoras, que contam com número reduzidos de usuários. Já em relação à distribuição geográfica, percebe-se enorme concentração na região Sudeste, que tem quase 70% dos usuários de planos de saúde. Somente o Estado de São Paulo concentra 45% da população usuária. Apenas três municípios - São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte - concentram cerca 30% do universo.

A maioria da população, no entanto – mais de 140 milhões de pessoas - depende exclusivamente do SUS quando precisam de atendimento em saúde. Cabe ao SUS também atender todas as exclusões

e limitações de coberturas impostas pelos planos privados de saúde. O SUS mantém 500.000 profissionais de saúde, 6.500 hospitais e 441.000 leitos, onde são realizadas mais de um milhão de internações por mês. Conta com 64.000 unidades básicas de saúde. Dá assistência integral e gratuita para toda a população de portadores do HIV e doentes de Aids, renais crônicos e pacientes com câncer. Realiza a imensa maioria das cirurgias cardíacas, internações psiquiátricas, atendimentos de politraumatizados no sistema de urgência e emergência; quase a totalidade dos transplantes de órgãos; anualmente, faz um bilhão de procedimentos de atenção básica; 250 milhões de atendimentos ambulatoriais; 8 milhões de ultra-sonografias; 133 milhões de atendimentos de alta complexidade (85% do total realizado no país). Sem contar as ações de vigilância sanitária de alimentos e medicamentos; além de campanhas educativas e de prevenção, de imunizações e do controle de doenças e epidemias.

Estrutura do financiamento da saúde no Brasil: a posição dos planos privados de saúde

O atual padrão de financiamento do sistema de saúde no Brasil, caracterizado por um elevado aporte de recursos provenientes de fontes privadas, demonstra que as despesas com saúde são predominantemente regressivas, seja através do desembolso direto do cidadão (36,6% das fontes) ou por meio dos planos privados de saúde (22,2% das fontes). Como demonstra o quadro 1 a seguir, apenas 41,2% dos recursos são provenientes de impostos gerais e contribuições sociais, justamente aquelas fontes com maior potencial de redistribuição para toda a população.

Quadro 1 – Estimativa dos Gastos com Saúde segundo Fontes Públicas e Privadas Brasil, 2002-2003 em milhões de Reais

Fontes	em milhões de R\$	%	% do PIB****
Impostos Gerais e Contribuições Sociais*	46.574	41,2	3,5
União	24.737	53,1	
Estados	10.078	21,6	
Municípios	11.759	25,2	
Planos Privados de Saúde**	25.063	22,2	1,9
Gastos das famílias	14.069	56,1	
Gastos das empresas empregadoras	10.994	43,9	
Desembolso Direto***	41.336	36,6	3,1
Total	112.973	100	8,6

Fontes:

*Ministério da Saúde, 2004

** IBGE- Pesquisa de Orçamento Familiares 2002-2003 e ANS, 2004. A estimativa dos gastos das empresas foi calculada por meio da subtração dos gastos das famílias com planos privados (exceto 10% considerados como despesas com o pagamento de planos particulares de funcionários públicos) do faturamento declarado pelas empresas de planos e seguros de saúde

***IBGE- Pesquisa de Orçamento Familiares 2002-2003

A estimativa do desembolso direto foi calculada a partir das despesas das famílias com assistência à saúde excetuando as referentes ao pagamento de planos privados de saúde

**** PIB em 2002 = R\$1.321.400 milhões

Apud Bahia (2005). Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: Impactos sobre as Relações entre o Público e Privado.

Gastos com saúde per capita no SUS e na saúde suplementar

Não são poucas as desigualdades geradas por essa estrutura de financiamento. Os gastos médios per capita para os que estão cobertos por planos de saúde são aproximadamente três vezes maiores do que para os demais cidadãos brasileiros, como pode ser observado no quadro 2. Por sua vez, a alocação de mais recursos financeiros para determinado segmento populacional proporciona acesso e taxas de utilização de procedimentos diferenciados. Um cidadão coberto por plano de saúde realiza em média quatro consultas médicas por ano e tem maior probabilidade de ser internado do que os que possuem acesso exclusivo à rede pública e aos serviços particulares e privados conveniados pelo Ministério da Saúde.¹

Quadro 2 – Dimensionamento da demanda, oferta e gastos com saúde segundo tipo de cobertura

Tipo de Cobertura	Demanda	Gastos com saúde (SUS)*/ faturamento das empresas*	Estimativa de gastos per capita/ano***
SUS	Cerca de 75% da população	R\$ 46.574 bilhões	R\$ 264,00*
Planos e Seguros Privados de Saúde	Cerca de 25% da população	R\$ 27.015 bilhões	R\$ 819,00**

*Despesas com saúde *Valor total dos prêmios arrecadados

* considerando a totalidade da população

**considerando apenas os clientes de planos de saúde

Fontes:

(*) Ministério da Saúde, 2004: estimativa de gastos públicos (federal + estadual + municipal)

(**) ANS, 2004

(***) IBGE Estimativa de População 2002 e ANS Cadastro de Beneficiários, Julho de 2003

Texto Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde: subsídios para a apresentação do tema

Impactos sobre a oferta e o acesso aos serviços de saúde: capacidade instalada e taxas de utilização de serviços

A composição de gastos públicos e privados movimenta um conjunto de estabelecimentos de saúde com várias naturezas jurídicas e diferentes formas de inserção nas redes de assistência. A identificação a seguir, apresentada resumidamente, revela que são inúmeros os pontos de contato entre o público e o privado no cotidiano da atenção à saúde:

- serviços públicos estatais, privados e filantrópicos inteiramente custeados por recursos públicos
- serviços privados inteiramente custeados por recursos privados (empresas de planos e seguros de saúde e desembolso direto de indivíduos e famílias)
- serviços privados especializados, financiados quase exclusivamente pelo SUS. Por exemplo, as clínicas de hemodiálise

¹ Pnad, 1998 - Suplemento Saúde

- serviços públicos estatais, que contam com investimento público em instalações, equipamentos e custeio de pessoal. O principal faturamento é proveniente de recursos públicos, mas muitos atualmente (a exemplo de hospitais universitários) vendem uma parte de seus serviços para empresas de planos e seguros de saúde
- serviços filantrópicos com o faturamento custeado por recursos públicos do SUS ou proveniente da venda de uma parte de seus serviços para empresas de planos e seguros de saúde. Há, ainda, os filantrópicos que comercializam planos privados de saúde próprios.

A maior parte dos médicos e dos estabelecimentos hospitalares do país atende simultaneamente os clientes de planos de saúde e os demais cidadãos brasileiros pelo SUS. Quanto aos serviços ambulatoriais, os estabelecimentos estatais são mais expressivos. Já os serviços privados “puros” são menos freqüentes e estão localizados nas áreas nobres das grandes cidades (clínicas para quem tem maior poder aquisitivo) ou nas periferias (clínicas populares). A capacidade instalada declarada disponível para os clientes de planos e seguros de saúde é muito superior à demanda desse segmento (quadro 3). Um exemplo é a quantidade de profissionais médicos: 75% da população (que depende exclusivamente do SUS) tem à disposição praticamente a mesma quantidade de médicos que atendem a 25% da população, parcela usuária de planos privados de saúde.

Quadro 3 – Dimensionamento da demanda e oferta

Tipo de Cobertura	Demanda	Oferta		
		Médicos*	Hospitais**	Diagnose e Terapia**
SUS	Cerca de 75% da população	70%	78,5	29%
Planos e Seguros Privados de Saúde	Cerca de 25% da população	67%	65,5	71%

Fontes:

* Conselho Federal de Medicina, 2004

** IBGE – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 1999

Texto Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde: subsídios para a apresentação do tema

Os desníveis das proporções entre oferta e demanda estão relacionados, dentre outros fatores, aos diferentes valores de remuneração praticados pelas empresas de planos e seguros de saúde e pelo Ministério da Saúde. A disposição dos estabelecimentos de saúde em regiões que possuem um número razoável de clientes de planos e seguros de saúde tem reflexo na oferta de determinados procedimentos ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde (Quadro 4). Por exemplo, somente 33,7% dos mamógrafos estão disponíveis para a população coberta apenas pelo SUS, enquanto 66,3% estão disponíveis exclusivamente para usuários de planos de saúde e pacientes particulares.

Quadro 4 – Proporção de equipamentos disponíveis aos segmentos da população cobertos exclusivamente pela rede de serviços do SUS

Ressonância Nuclear Magnética	28,2%
Mamógrafo	33,7%
Tomógrafo	42,0%
Rx de mais de 500 Ma.	50,0%
Equipamentos para hemodiálise	79,8%

Fonte: IBGE – Pesquisa Assistência Médico- Sanitária 2002

Texto Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde: subsídios para a apresentação do tema

Exclusões de cobertura e atendimento de clientes de planos em unidades do SUS

A relação público-privado na saúde deriva também dos limites e garantias de coberturas inscritas nos contratos de planos e seguros de saúde. A quantificação exata dos recursos despendidos pelo SUS para atender tudo aquilo que não é coberto pelos planos de saúde não poderia ser efetuada facilmente. São incontáveis os casos e situações de exclusões de cobertura, restrições de atendimento e limitações, sobretudo impostas a idosos e portadores de patologias que precisam recorrer à rede de serviços remunerados pelas instituições públicas, mesmo sendo clientes de planos de saúde.

A atual legislação promoveu a ampliação das coberturas, mas ainda assim as exclusões, especialmente aquelas cravadas nos contratos antigos (anteriores à lei 9656/98) impõem incontáveis situações de migração de clientes de planos de saúde para a rede do SUS.

Uma das contas pagas pelo SUS refere-se ao atendimento dos usuários idosos compelidos a abandonar os planos de saúde. Os contratos antigos contém esse abuso, pois quase nunca fazem constar as faixas etárias nem os percentuais de aumento. Mesmo para os contratos novos assinados de janeiro de 1999 a dezembro de 2003, antes de entrar em vigor o Estatuto do Idoso, a regra prevê sete faixas etárias, sendo comum aumentos exorbitantes concentrados nas últimas faixas, o que muitas vezes inviabiliza a permanência do idoso no plano. Após o Estatuto de Idoso, nos contratos assinados de 2004 em diante, foram padronizadas dez faixas etárias para diluir a proibição de aumento de mensalidade acima dos 60 anos. Na prática, houve antecipação dos reajustes. Antes concentrados principalmente nas faixas de 50-59 anos e de 60 a 69, os aumentos passam a pesar no bolso já nas faixas dos 44 e 48 anos e na faixa de 59 anos ou mais. Foi mantida a variação de 500% da primeira à última faixa, o que é muito elevado. Inviabilizados em arcar com os pagamentos, justamente no momento em os salários são reduzidos, geralmente oriundos de aposentadorias, os idosos são obrigados a abandonar os planos e, quase sempre, recorrem ao SUS.

Mas é a vigência dos contratos antigos (cerca de 50% do universo) que é responsável por restrições de toda ordem: limitação do período de internação (em que pese a farta jurisprudência favorável aos usuários) e limitação do número de exames; não cobrem doenças já instaladas (preexistentes, congênitas); exclusão de doenças que venham a se instalar e sejam dispendiosas, que requerem atendimento contínuo.

Muitos planos negam procedimentos relacionados a doenças crônicas, infecto-contagiosas, AIDS, câncer, cardiopatias e outras; excluem procedimentos, como biópsias, e até mesmo exames usuais, como ultra-sonografia e ressonância magnética. Há exemplo absurdos: na maioria das vezes não cobrem próteses e órteses, mesmo que implantadas durante o ato cirúrgico.

Há planos que cobrem apenas parcialmente um exame - excluem, por exemplo, a cobertura do contraste necessário para a realização do exame radiológico; o “stent” em casos de angioplastia; ou cobrem os custos da internação mas deixam de fora exames hemoterápicos necessários ao paciente.

Já sob a vigência da legislação, mesmo nos contratos novos, a segmentação dos planos permitida por lei também leva a exclusões. O usuário que optou pelo plano ambulatorial terá que recorrer ao SUS ou pagar por serviços particulares nos casos de: internação hospitalar e procedimentos que, embora não necessitem da internação, precisem de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 horas ou de serviços como recuperação pós-anestésica e UTI; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; procedimentos que exigem anestesia, exceto as anestésias locais que podem ser realizadas em ambulatório; tratamentos e exames que demandam internação, como quimioterapia intratecal; radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia; nutrição enteral e parenteral; embolizações e radiologia intervencionista.²

O plano hospitalar, por sua vez, exclui tratamento em clínicas de emagrecimento (até mesmo para tratamento de obesidade mórbida); tratamento em clínicas de repouso, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar, a exemplo de hospitais-dia; transplantes, à exceção de córnea e de rim; consultas ambulatoriais e domiciliares; atendimento pré-natal e parto (é preciso contratar plano hospitalar obstétrico); tratamentos e procedimentos ambulatoriais.³

Nos contratos novos, mesmo nos planos referência, que deveriam dar cobertura total, também há fartos exemplos de limitações autorizadas pela legislação. Várias Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e da ANS perpetuaram ou até ampliaram as exclusões de cobertura previstas na lei. Por exemplo, hoje não são atendidas, durante os primeiros 24 meses de contrato, as chamadas “doenças e lesões preexistentes”, definidas, sem nenhum valor médico, como aquelas que o consumidor saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde. Há um posicionamento das Sociedades de Especialidades Médicas que apontam o risco da exclusão, por dois anos, de vários procedimentos contidos no chamado Rol de Alta Complexidade, elaborado pela ANS, para efeito de exclusão durante os dois anos de carência da preexistência.

Outras exclusões referem-se à interpretação do que são “procedimentos estéticos”, mas que leva à exclusão de procedimentos que são essencialmente curativos, como, por exemplo, as cirurgias de redução de mama por prejuízo ortopédico; cirurgias de varizes ou de obesidade mórbida; cirurgias plásticas restauradoras necessárias, por exemplo, após acidentes.

² Cartilha Consumidor, conheça seus direitos. Produzido pela ANS : www.ans.gov.br

³ Idem

No caso da saúde mental, a legislação obriga o atendimento às emergências em nível ambulatorial; obrigatoriedade de até 12 sessões de psicoterapia de crise por ano e, no plano hospitalar, o custeio de pelo menos 30 dias de internação por ano. No entanto, se houver prescrição médica que exceda esses limites, o usuário deve arcar com as despesas ou passar a receber o tratamento pelo SUS. Quanto aos transplantes, apenas de rins e córneas têm cobertura obrigatória. Os demais não são cobertos, incluindo aqueles de comprovada efetividade, como transplante de fígado e medula.

Em 2000 a ANS publicou Resolução alterando a cobertura de miopia, que só é garantida para grau igual ou superior a sete, mesmo com posição contrária das entidades médicas ligadas à oftalmologia.

Já a cobertura de doenças profissionais e acidentes do trabalho não é obrigatória nos planos coletivos. Também há limitação de tempo de cobertura para aposentados e demitidos que tinham planos coletivos - apesar do avanço que significou esta garantia - fazendo com que muitas vezes recorram ao SUS quando acaba o benefício.

Nos casos de urgência e emergência, o plano ambulatorial atende apenas durante as primeiras doze horas e em nível ambulatorial. Não haverá cobertura, por exemplo, se ocorrer um atropelamento com traumatismos, que implicará na necessidade de atendimento de emergência, mas também em atividades de centro cirúrgico e, eventualmente, de UTI. Já o plano hospitalar não é obrigado a dar cobertura se a urgência ou emergência ocorrer durante o período de carência, hipótese em que apenas o atendimento ambulatorial é garantido e, mesmo assim, restrito a doze horas. Também o plano hospitalar poder excluir o atendimento de urgências e emergências nas situações em que não é necessária a internação. Por exemplo, o usuário que sofrer uma fratura na perna, que dispense internação, não terá cobertura, se possuir apenas o plano hospitalar.

As gestantes, mesmo as que possuem plano hospitalar com cobertura obstétrica, antes de completado o prazo de dez meses de carência, só terão direito ao atendimento ambulatorial e, ainda assim, por doze horas. Conseqüentemente, estão excluídos da cobertura casos de aborto, hemorragia, entre outras possíveis complicações da gestação.

Uma pesquisa⁴ com ações judiciais proferidas pelos Tribunais de Justiça de São Paulo e Rio de Janeiro demonstrou que as principais negações de cobertura levadas ao Judiciário referem-se a: próteses ou outros materiais (14,66%), seguidos de obesidade mórbida (11,21%), câncer (10,63%), *home care* (8,05%), transplantes (6,03%), urgências e emergências (4,02%), diálise (4,31%) e tratamentos em hospitais não credenciados (3,74%).

A opção pelo agravo (atendimento a portador de doença preexistente, sem cumprimento da carência de dois anos, mediante acréscimo ao valor da prestação mensal do plano de saúde), apesar de obrigatória por lei, não é oferecida ou têm preços proibitivos. Empresas de consulto-

⁴ Pesquisa Os planos privados de saúde e a efetividade da Justiça realizada de junho de 2004 a março de 2005 pelo Laboratório de Economia Política da Saúde (LEPS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Foram analisadas 632 decisões judiciais proferidas sobre os pedidos de tutela antecipada relacionadas a planos e seguros privados de saúde. Destas, cerca da metade refere-se a negação de cobertura.

ria atuarial criaram tabelas para a “precificação” do agravo, cujos valores estão sendo utilizados uniformemente por diversas operadoras de planos de saúde.

Uma das tabelas⁵ reproduzidas a seguir (quadro 5) traz o custo mensal do agravo para diversas doenças: por exemplo, um portador do HIV/Aids pagaria por mês R\$ 5.223,24 enquanto um plano de saúde para um diabético custaria R\$ 2.222,55. Ou seja, cabe ao SUS, na maioria das vezes, acolher todos esses pacientes que são impedidos de contratar um plano de saúde.

Quadro 5

Valores de Agravo	
Doenças e Lesões Preexistentes	Agravo mensal (Em R\$)
Tuberculose	2.220,31
AIDS/ HIV	5.223,24
Micoses	230,29
Neoplasia maligna da mama	1.747,15
Diabetes Mellitus Alta	2.222,55
Obesidade mórbida	458,33
Transtornos mentais e comportamentais	282,05
Glaucoma	728,63
Miopia	91,67
Doenças hipertensivas	4.462,45
Doenças isquêmicas do coração	5.581,70
Doenças pulmonares por agentes ext.	4.430,55
Hérnia	3.208,70
Doenças do fígado	3.992,36
Dermatite e eczema	335,22
Insuficiência renal	4.117,35
Calculose renal	4.001,69
Gravidez que termina em aborto	509,17
Infecções esp. do período perinatal	4.462,45
Fenda labial e fenda palatina	3.744,26
Causas externas	5.111,61
Pessoas com órg. e tec. transplantados	3.837,54

Fonte: CPI dos Planos de Saúde

Estimativas do aporte de recursos públicos para o mercado de planos e seguros de saúde privados

Deduções e isenções fiscais de tributos

Há incentivos fiscais relacionados à demanda e à oferta de serviços privados de saúde. No que diz respeito à demanda, tanto a vinculação a planos de saúde quanto a utilização de serviços

⁵Tabela elaborada por empresa privada de consultoria e praticada por diversos Planos de Saúde, conforme reproduzida no Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, 2003. Disponível em www.camara.gov.br

particulares são objeto de dedução integral do Imposto de Renda de Pessoas Físicas (IRPF) e do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ).

Mas a principal forma de dedução fiscal que as empresas empregadoras dispõem para abater os gastos com o pagamento parcial ou integral dos planos de saúde de seus empregados é a permissão legal para considerar as despesas com saúde como benefício trabalhista e, portanto, são computadas como custo operacional. Esse expediente permite tanto o abatimento dos gastos com os planos de saúde no imposto de renda bem como o repasse desses custos para os preços finais dos produtos e serviços, o que é pouco percebido pela sociedade. Quando, por exemplo, um cidadão paga a conta seu telefone celular está embutido o gasto da companhia telefônica com o plano de saúde de seus funcionários.

Assim, o que parece ser uma benemerência dos empregadores termina sendo pago por todos aqueles que consomem os produtos ou utilizam os bens ofertados pelas empresas. Talvez esta seja a explicação para o fato de que, mesmo representando entre 5% a 12% da folha de salários de uma empresa, os gastos com planos de saúde não são apontados como um problema para o custo do trabalho no Brasil.

Benefícios fiscais

A renúncia fiscal refere-se à perda de recursos do orçamento federal como resultado da concessão de benefícios tributários, que não só reduzem a arrecadação potencial do país, mas também fazem aumentar a disponibilidade econômica de determinado grupo de contribuintes.

Há dificuldades de se obter informações detalhadas sobre o volume de recursos utilizados como benefícios fiscais na área da saúde. Na declaração de rendimentos da pessoa física podem ser deduzidos os pagamentos efetuados com mensalidades de planos de saúde, além de pagamento particular a médicos, dentistas, exames etc, desde que não tenham sido reembolsados. Técnicos da Receita Federal estimam que a grande parte desses gastos refere-se a planos e seguros privados de saúde. No caso das pessoas jurídicas podem ser deduzidos os gastos de assistência médica e odontológica destinados aos funcionários.

Estima-se que o setor de assistência médica suplementar movimentava cerca de R\$ 27 bilhões⁶ a 29 bilhões⁷ por ano. Em tese, de acordo com a legislação vigente, todo esse montante potencialmente poderia ser utilizado para fins de abatimento do imposto de renda. Mas sabe-se que, as deduções diretas com gastos de saúde dependem das alíquotas e dos tetos estabelecidos para o pagamento. Isso significa que nem todo o gasto com saúde poderia ser convertido em renúncia fiscal por pelo menos dois motivos: nem todos os clientes de planos de saúde estão incluídos entre os contribuintes; os beneficiários de planos de saúde obtêm maiores vantagens tributárias quando encontram-se nas faixas de maior carga de contribuição.

No que tange às pessoas jurídicas, a renúncia fiscal registrada, relativa ao pagamento do Imposto de Renda, é pouco relevante. O ideal seria contabilizar o impacto do desconto dos

⁶ ANS, 2004

⁷ CPI dos Planos de Saúde, 2003

gastos com planos de saúde considerados como custos operacionais sobre todos os impostos e contribuições.

Mesmo diante dessas dificuldades, a Receita Federal vem divulgando o montante dos gastos tributários com saúde, no âmbito do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) e do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ).

Quadro 6

Ano	IRPF (R\$)	IRPJ (R\$)	Total (R\$)
2004	1.729.162.262	689.265.882	2.418.428.144
2005	2.055.818.945	770.149.633	2.825.968.578

Fonte: Receita Federal. Quadro III – Gastos Tributários por função Orçamentária e por Modalidade de Benefício. Anexo das Informações Complementares. Produzido pela COPAN – COPAT – Secretaria da Receita Federal – 2004 e 2005

A iniquidade dessa política tributária, em tese voltada à proteger os doentes, reside no fato de que os benefícios fiscais com planos de saúde e despesas médicas são usados por contribuintes de classe média que declaram renda e por empresas que podem arcar com plano de saúde para seus funcionários, sem que haja redistribuição desse investimento em saúde para a parcela da população desassistida.

Isenção de impostos

A isenção de impostos e contribuições federais, estaduais e municipais é um dos suportes para o funcionamento das operadoras de planos de saúde, bem como para serviços de saúde filantrópicos e privados. Apenas a título de ilustração, no quadro 7 são dispostas leis e normas recentes que tiveram o objetivo explícito de conceder alívio fiscal a empresas de planos de saúde e a estabelecimentos de saúde privados.

Também deve ser considerada a isenção de impostos para as entidades filantrópicas que vendem planos de saúde, bem como a menor incidência de tributos sobre as cooperativas médicas. Reclamam sobre os planos e seguros de saúde tributos municipais (ISS) e federais: COFINS, PIS/PASEP, IRPJ, Contribuição sobre o lucro líquido (CSLL), contribuição de empregados e empregadores ao INSS, IOF; além da Taxa de Saúde Suplementar, cobrada anualmente per capita/beneficiário.⁸

No entanto, as entidades de saúde que detêm título de filantropia contam com diversas isenções tributárias. Mesmo quando mantém planos próprios de saúde, comercializados no mercado, os hospitais filantrópicos, geralmente Santas Casas, mantêm a isenção. Em dezembro de 2004 havia registro na ANS de 105 planos de saúde comercializados por filantrópicas.

No caso das UnimedS já existe farta jurisprudência⁹ relativa ao fato de que a atuação das cooperativas médicas propicia imunidade a diversas obrigações tributárias. Muitas conseguiram, por

⁸DAIN, Sulamis (Coordenadora); CAVALCANTI, Carlos Eduardo Gonçalves; QUADROS, Waldemir Luiz de. "A Renúncia Fiscal ao Segmento de Assistência Médica Suplementar: A Experiência Brasileira em Perspectiva Comparada". Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar - Ministério da Saúde - UNESCO, 2000.

⁹Departamento Jurídico do Confesp: www.unimedS.com.br

Quadro 6

Legislação Selecionada Relacionada com Deduções Fiscais para Empresas de Planos e Serviços de Saúde	
Referência	Conteúdo
Medida Provisória No 2.189-49, de 23 de agosto de 2001	Art.15 Altera a legislação do imposto de renda relativamente à incidência na fonte sobre rendimentos de aplicações financeiras, inclusive de beneficiários residentes ou domiciliados no exterior, à conversão, em capital social, de obrigações no exterior de pessoas jurídicas domiciliadas no País, amplia as hipóteses de opção, pelas pessoas físicas, pelo desconto simplificado, regula a informação, na declaração de rendimentos, de depósitos mantidos em bancos no exterior, e dá outras providências.
Medida Provisória Nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001.	Altera a legislação das Contribuições para a Seguridade Social – COFINS, para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP e do Imposto sobre a Renda, e dá outras providências. Art. 82. Fica acrescentada ao § 1º do art. 29 da Lei nº 8.981, de 20 de janeiro de 1995, a alínea "d", com a seguinte redação: "d) no caso de operadoras de planos de assistência à saúde: as co-responsabilidades cedidas e a parcela das contraprestações pecuniárias destinada à constituição de provisões técnicas." (NR)
Lei Nº 10.865, de 30 de abril de 2004	Dispõe sobre a Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social incidentes sobre a importação de bens e serviços e dá outras providências Art.21 sobre a preservação da alíquota do Cofins em 3% para: XIII - as receitas decorrentes de serviços: a) prestados por hospital, pronto-socorro, clínica médica, odontológica, de fisioterapia e de fonoaudiologia, e laboratório de anatomia patológica, citológica ou de análises clínicas; e b) de diálise, raios X, radiodiagnóstico e radioterapia, quimioterapia e de banco de sangue.

Fonte: Senado Federal, Subsecretaria de Informações – Pesquisa Legislação Brasileira acesso <http://www.senado.gov.br/legbras/>
 Texto Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde: subsídios para a apresentação do tema

meio de ações judiciais, se livrar do ISS municipal. Também obtiveram liminares que suspenderam a retenção da CSLL, sob a alegação de que as “sobras” das cooperativas não podem ser caracterizadas como lucro. Uma súmula do STJ, a 276, de 2003, abriu precedente para isenção da Cofins das Unimed. As cooperativas advogam que devem recolher impostos apenas sobre os atos “não próprios” de sua finalidade. Com as vitórias na Justiça, a carga fiscal que incide sobre uma cooperativa médica é menor que sobre outras operadoras de planos de saúde. Em dezembro de 2004 haviam 315 cooperativas médicas registradas na ANS (17,6% do total 1.792 operadoras).

Assistência e atenção à saúde usufruídas por clientes de planos e seguros de saúde

O setor público é o único ou o principal responsável pela realização de ações de promoção e prevenção da saúde, vigilâncias epidemiológica e sanitária, formação, capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos em saúde, além de desenvolvimento científico e tecnológico, financiamento de laboratórios públicos e produção de insumos e medicamentos.

Esse amplo campo de atuação pouco visível revela que as conexões entre o sistema público e privado vão além do atendimento de pacientes pelo SUS de procedimentos de alta complexidade (confundidos com procedimentos de alto custo) negados ou não cobertos pelos planos de saúde. Embora ofuscados, o trânsito livre e o uso compartilhado de insumos, pacientes, profissionais de saúde e equipamentos do SUS e da saúde suplementar demonstram que é incorreta a concepção da existência de dois sistemas inteiramente diferenciados: um público e outro privado. Na realidade, merecerem ser mais estudadas e compreendidas as extensas interfaces entre o público e o privado na saúde no Brasil.

Um dos aspectos mais conhecidos desta relação é o atendimento de clientes de planos de saúde por serviços públicos e conveniados que realizam procedimentos de alto custo/alta complexidade, remunerados pelo Ministério da Saúde. Além disso, o atendimento de urgência e emergência, em várias cidades brasileiras, é realizado por hospitais e serviços públicos de saúde. Desde o final dos anos 80, os gestores demandaram instrumentos para reaver, ao menos em parte, os custos assistenciais referentes ao atendimento desses pacientes.

O ressarcimento ao SUS

Previsto na legislação dos planos de saúde (Lei 9656-98) o ressarcimento chegou a alimentar a expectativa de que seria uma fonte adicional de recursos para hospitais públicos de alta complexidade. Mas, o objetivo de viabilizar o resgate de uma parte dos gastos envolvidos com o atendimento de clientes de planos de saúde ainda não se mostrou inteiramente viável na prática. A ANS editou em 18 de março de 2005 a Resolução Normativa n° 93 tornando objeto de ressarcimento “todos os procedimentos previstos pelos contratos de planos e seguros de saúde”. Esta norma amplia o modelo de ressarcimento anteriormente restrito aos casos de internação e atendimentos de urgência e emergência dos beneficiários dos planos atendidos na rede pública e conveniada.

Vale lembrar aqui de ponto do Programa de Governo do Presidente Lula, na corrida presidencial de 2002, que afirmava: “a saúde suplementar deve operar preservando o SUS de ações predatórias em que o alto custo dos procedimentos mais complexos é transferido para o sistema. O ressarcimento ao SUS deve ser imediatamente expandido para todos os procedimentos hospitalares e ambulatoriais.”¹⁰

Embora a intenção da Resolução Normativa n° 93 signifique a retomada de promessa de campanha e o resgate do sentido original da Lei 9656-98, os principais obstáculos à efetivação

¹⁰ Programa de Governo da Coligação Lula Presidente, 2002 - Capítulo Inclusão Social. A Política de Saúde

do ressarcimento ainda não foram superados. Entre essas dificuldades encontram-se: problemas judiciais relativos à interpretação sobre a constitucionalidade do ressarcimento; problemas administrativos relacionados com a identificação dos casos de atendimento na rede do SUS e o ceticismo de gestores públicos.

Um dos argumentos mais utilizados contra o ressarcimento é o fato de os valores a serem ressarcidos pelas operadoras serem superiores àqueles pagos pelo próprio SUS. No entanto, esse postulado pode ser abalado pela inclusão dos atendimentos ambulatoriais e internações, inclusive os de alto custo e alta complexidade que são remunerados pelo SUS, com valores considerados mais adequados.

Deve ser ressaltado, porém, que mesmo que a ANS tenha incluído todos os procedimentos previstos nos contratos como passíveis de ressarcimento nem todo atendimento de clientes de planos de saúde pela rede SUS será ressarcido. Não são ressarcidas nem as incontáveis exclusões de cobertura comuns nos planos anteriores à Lei 9.656/98, que ainda representam 44,7% dos contratos¹¹, nem as exclusões de cobertura previstas pela Lei 9656-98 entre as quais se incluem: transplantes de órgãos como os de medula, fígado e coração (a não ser que previstos pelos contratos); medicamentos de uso ambulatorial; tratamento permanente para pacientes com problemas de saúde mental dentre outros já tratados anteriormente. Nota-se, ainda, que nos contratos novos, o ressarcimento está limitado ao período de carência, à cobertura parcial temporária, à área de abrangência do contrato e à segmentação (ambulatorial ou hospitalar).

A legislação prevê que o ressarcimento seja cobrado com base na TUNEP — Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos — com valores, em média, uma vez e meia superiores à Tabela SUS. Destes valores, o Fundo Nacional de Saúde seria reembolsado no montante pago pelo SUS e o prestador de serviço do SUS, onde o usuário do plano foi atendido, receberia a diferença entre a TUNEP e a Tabela SUS.

Mas há casos em que o médico prefere registrar o procedimento realizado para o cliente do planos de saúde como atendimento a ser cobrado no âmbito do SUS. Isso porque alguns procedimentos da tabela do SUS têm maiores valores de remuneração, se comparados às tabelas das operadoras.

A ANS não divulgou até o momento quanto exatamente o SUS já deixou de receber diretamente dos planos. Até dezembro de 2004¹² a Agência havia informado a identificação de 573.951 atendimentos no SUS, relativos a clientes de planos de saúde. Destas cobranças, 449.776 haviam sido impugnadas (78,36%); 201.515 cobranças haviam sido emitidas, mas ainda sem resposta de pagamento (35,11%) e apenas 46.742 haviam sido efetivamente pagas ao SUS (8,14%).

Segundo as informações divulgadas pela ANS, um total de 7.393 hospitais que integram o SUS (3.376 públicos e 4.017 privados conveniados) internaram clientes de planos de saúde. Dentre os procedimentos hospitalares mais frequentes, estão, nesta ordem: parto normal (41.122); cesariana (22.897); curetagem pós-aborto (16.690); insuficiência cardíaca (13.421); internação

¹¹ Conforme a ANS, em janeiro de 2005

¹² Cadernos de Gestores. Dezembro de 2004. Disponível em www.ans.gov.br

psiquiátrica (11.803); crise asmática (11.646); primeiro atendimento em clínica médica (10.997); pneumonia em adulto (8.123). Essas informações, ainda que coletadas a partir de uma base de dados que atendia ao modelo de ressarcimento restrito, sugerem fortemente a existência de barreiras ao acesso de clientes de planos de saúde que ultrapassam as garantias contratuais. É preciso proceder ao exame mais pormenorizado sobre a oferta real de vagas para internação, adequadas ao padrão do plano do cliente e sobre o papel do prestador de serviços na orientação dos fluxos de demanda que impactam o uso dos recursos públicos da saúde pelos planos privados de saúde.

A fila dupla nos Hospitais Universitários

Na razão inversa do ressarcimento, mas não menos eloquente do ponto de vista das distorções da relação público-privado, está a “dupla porta” ou “fila-dupla” do SUS, o atendimento a planos de saúde nas unidades públicas, especialmente nos Hospitais Universitários. No mesmo HU, problemas de saúde semelhantes são diagnosticados e tratados de formas distintas.

A diferença, que deveria ser apenas na hotelaria, estende-se ao agendamento e à resolutividade. Ao criar cidadãos de primeira e segunda linha, sem respaldo legal nem ético, a “dupla porta” impõe a utilização privada do equipamento público, afasta esses hospitais dos princípios de universalidade e equidade, diretrizes Constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde.¹³ As Conferências Nacionais de Saúde, por mais de uma vez, manifestaram-se contrárias a essa prática.¹⁴

Em meio à crise de financiamento, é a geração de recursos alternativos, que supostamente seriam reaplicados no hospital em benefício também dos pacientes do SUS, a principal justificativa dos gestores para a manutenção do atendimento diferenciado. Em 2004, o orçamento do Incor¹⁵, carro-chefe do modelo da dupla porta, foi de R\$ 90 milhões do governo do Estado de São Paulo, mais R\$ 210 milhões gerados pelo próprio Instituto e pela Fundação Zerbini. O atendimento a convênios e particulares representa 50% desta receita. O HC da Faculdade de Medicina da USP, teve em 2004 orçamento de R\$ 925 milhões, sendo 64,1% do Tesouro do Estado; 25,7% de repasses do SUS e 10,2% gerados pelo atendimento a convênios. Já no Hospital São Paulo (Universidade Federal de São Paulo) o atendimento a convênios representa 7% da receita do hospital. O Hospital Universitário Clementino Fraga, do Rio de Janeiro, os HCs de Ribeirão Preto e Botucatu, dentre tantos outros, seguem pelo mesmo caminho.

A situação pode se deteriorar ainda mais, uma vez que tramita no Congresso Nacional projeto de lei que regulamenta o uso de até 25% dos leitos de hospitais de ensino para o atendimento a planos de saúde.

¹³ SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia; ARIZA, Liana. Hospitais universitários públicos e planos e seguros de saúde. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime, 2002

¹⁴ Em 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde deliberou contrariamente à fila dupla: “Os Gestores do SUS devem proibir as Unidades e Serviços Públicos de Saúde de estabelecer convênios com Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, destinando sua capacidade instalada ao atendimento público, equânime e universal, conforme determina a legislação do SUS. O atendimento nas Unidades e Serviços Públicos de Saúde dos beneficiários dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde não deve ter qualquer diferenciação em relação aos demais Usuários do SUS, sendo vedado qualquer privilégio decorrente dessa condição.”

¹⁵ “SUS depende cada vez mais de HUS”, Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, N° 209, janeiro de 2005. www.cremesp.org.br. Ler também A porta do inferno, de Conceição Lemes, em www.nominimo.com.br

Os hospitais universitários – 154 unidades, no universo de cerca de 5.000 hospitais no país – são responsáveis por 25,6% dos leitos de UTI da rede pública de saúde, por 38% dos serviços de alta complexidade e por mais de 12% das internações hospitalares¹⁶.

Financiamento de planos de saúde para servidores públicos

De acordo com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão¹⁷, estavam previstos para 2005 cerca de R\$ 980 milhões para pagamento de planos privados de saúde destinados ao funcionalismo público federal. O governo federal¹⁸ pretende oferecer, até o final de 2006, um “plano de saúde privado e unificado” para todos os servidores públicos federais da administração direta, de autarquias e fundações, com a criação do “Sistema Integral de Saúde do Servidor”.

A oferta de plano privado de saúde, segundo o Ministério do Planejamento, estaria prevista na Lei 8.112, que dispõe sobre o regime jurídico do funcionalismo.

O Ministério anunciou que pretende dar acesso aos planos de saúde subsidiados pelo governo a 100% dos servidores federais. Atualmente, apenas 1,8 milhão de pessoas - 38% dos trabalhadores federais- contabilizado-se os pensionistas, têm plano privado financiado pelo governo. As modalidades de planos atualmente ofertadas são muito diferentes, dependendo do órgão para o qual o servidor trabalha. Atualmente, os planos subsidiados para servidores são contratados de 136 diferentes operadoras. Há planos de autogestão, entre os quais a Fundação GEAP , que abrange o maior número de beneficiários, mas há também a compra direta no mercado, pelos órgãos públicos federais , de planos privados lucrativos

Os subsídios para o custeio dos planos variam entre os órgãos federais, apesar do valor de referência per capita para o titular e seus dependentes diretos ser de R\$ 35. Hoje, o valor de contribuição do governo para os planos de saúde de funcionários da administração direta vai de R\$ 7,80 a R\$ 110,91. Um exemplo, dentre muitos outros, da compra de plano de saúde no mercado foi a contratação, em 2004, da empresa Unimed pela Advocacia Geral da União (AGU). Com 25.275 beneficiários, entre servidores e dependentes, a AGU contratou o plano por cerca de R\$ 125,00 per capita por mês, perfazendo o total de R\$ 37.678.820,88 durante o ano. Além desse plano básico, a AGU contratou outros dois tipos de planos: o Plano Especial e o Plano Especial Plus, que têm diferenças de rede credenciada e de hotelaria, destinados a funcionários mais abonados. Antes da formalização da compra do novo plano, a AGU mantinha contrato com a Fundação GEAP, plano de autogestão. Em 2003 a AGU repassou à GEAP o total de R\$ 3.688.301,39 por ano pela prestação de serviços de assistência à saúde. Isso corresponde a pouco mais do valor que será cobrado pela Unimed em apenas um mês.

A cobertura de planos de saúde para funcionários públicos é relativamente maior do que a dos empregados no setor privado e vem sendo ampliada desde os anos 50 pelo acionamento de

¹⁶ Fonte: Abrahue - 2005

¹⁷ Assistência Médica e Odontológica aos Servidores, Empregados e seus Dependentes. Anexo III das Informações Complementares ao PLOA 2005. Em 2004, de acordo com a mesma fonte, o Governo Federal gastou R\$ 936.005.815,00 com a assistência suplementar ao funcionalismo.

¹⁸ Boletim Contato N° 43, 21/01/2005, produzido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em www.planejamento.gov.br. Consultar também as reportagens Saúde para o Servidor, Correio Braziliense, de 21/01/2005; e "Planejamento quer dar plano a servidor" - Folha de S.Paulo. 24/05/2005

estratégias particulares de diferentes associações e categorias profissionais. A GEAP foi fundada em 1953. Nessa época seu plano de saúde restringia-se ao atendimento dos funcionários do antigo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI). Desde então os servidores de outros órgãos vem obtendo subsídios para a vinculação a esquemas assistenciais particulares à margem da assistência governamental.

As diferenças de coberturas e dos padrões dos planos privados para os servidores civis federais bem como a grande quantidade dos já subsidiados tem suscitado a formulação de proposições que visam corrigir distorções internas e desigualdades de acesso a estes benefícios. O problema é que essas proposições são bem aceitas pelos servidores não cobertos ou por aqueles com coberturas similares, mas rechaçadas pelos servidores cobertos pelos planos de padrão superior, que geralmente ocupam cargos bem remunerados ou de chefia.

O fato de que o governo federal contribua para que o funcionalismo vincule-se aos planos de saúde é inegavelmente contraditório com os preceitos de universalização da Constituição Brasileira. A oferta de planos a servidores já foi, inclusive, criticada por Conferências de Saúde.¹⁹ O argumento para justificar a implementação de políticas diferenciadas para os servidores, que representam o aporte de mais do que 1,5 vezes o total de gastos públicos per capita com os demais cidadãos, tem sido fundamentado no fato de que o plano de saúde é um benefício trabalhista.

Tendo em vista que estamos diante da destinação de recursos públicos, essas contradições devem ser enfrentadas de maneira transparente para que sejam obtidas as melhores condições possíveis para a reversão, ainda que a médio prazo, das iniquidades.

Nesse sentido, caso a ampliação para todo o funcionalismo federal seja realmente padronizada, é preciso levar em conta pelo menos dois compromissos. O primeiro refere-se à opção preferencial da alocação de recursos públicos a instituições públicas ou de caráter não lucrativo. Isto significa optar pela administração dos planos por entidades de autogestão e pela inversão de parte substancial dos fundos arrecadados no reforço da oferta de estabelecimentos públicos ou de estabelecimentos não lucrativos. O segundo compromisso diz respeito à perspectiva de que os planos dos servidores possam servir de balizadores para a implementação de uma política de preços pautada pela homogeneização dos conteúdos assistenciais e valores de remuneração dos atos de produção de cuidados e atenção à saúde. A organização das redes assistenciais desses planos de saúde deve subordinar-se à lógica da promoção da saúde.

Neste sentido, recomenda-se que o Ministério do Planejamento, assim como a Mesa Nacional de Negociação do funcionalismo federal, incluam a participação do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e da ANS nas discussões sobre a oferta atual e a eventual ampliação da oferta futura de planos de saúde aos servidores federais.

¹⁹ Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que contou com a participação de centrais sindicais e representações do funcionalismo federal, foi deliberado, conforme consta no relatório final: "que os Governos Federal, Estaduais e Municipais mantenham a sua responsabilidade de financiar o SUS e que o repasse de verbas e unidades de saúde públicas para a assistência médica privada, inclusive de categorias dos servidores públicos civis, militares e funcionários de estatais seja combatido.". Relatório disponível em www.datasus.gov.br

Recursos do Tesouro Nacional para a manutenção da ANS

De acordo com o Art. 17 da lei N° 9.961/ 2000, que criou a ANS, na condição de autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, suas receitas são, dentre outras, a Taxa de Saúde Suplementar, o produto da arrecadação das multas resultantes das suas ações fiscalizadoras, mas também dotações do orçamento geral da União.

Conforme dados do SIAF²⁰, ao analisar o Orçamento da ANS (Dotação autorizada), desde o primeiro ano após sua criação, percebe-se o aumento da participação dos recursos do Tesouro Nacional (MS/SUS) na composição do orçamento da Agência. Essa participação saltou de 13,7% em 2001 (quando a Dotação total da ANS foi de R\$ 63.603.950,00) para 47,7% em 2005. Da dotação autorizada em 2005, de R\$ 104.086.276,00, a previsão da arrecadação própria da ANS era de R\$ 54.251.096,00.

ANO	Recursos do SUS/MS para a ANS (R\$)	Percentual de recursos do SUS em relação ao orçamento total da ANS
2001	8.744.950,00	13,7 %
2002	24.514.221,00	32,8 %
2003	36.409.538,00	39,8 %
2004	33.266.430,00	37,7 %
2005	49.835.180,00	47,8 %

Fonte SIAF – 2005

O fato é que após cinco anos de existência a ANS ainda não adquiriu a autonomia orçamentária, sobretudo com o recebimento compulsório da Taxa de Saúde Suplementar (devida por operadora, produto da multiplicação de R\$ 2,00 pelo número médio de usuários de cada plano), e com o recebimento da aplicação de multas resultantes do seu trabalho de fiscalização.

A CPI dos planos de saúde registrou que a ANS conseguia, em 2003, receber apenas 1% de todas as multas aplicadas, quase sempre contestadas pelas operadoras. A Agência não disponibiliza o valor exato arrecadado, mas somente em 2004 publicou 710 autos de infração e representações, perfazendo um montante de cerca de R\$ 235 milhões de multas.

O debate aqui pode ganhar contornos éticos, sobre quais devem ser as prioridades do Sistema Único de Saúde para a destinação dos seus recursos, sabidamente insuficientes. Ou mesmo sobre quais são os compromissos da ANS com os princípios do SUS que justificariam o crescente aporte de recursos públicos.

Cabe, ainda, uma avaliação de que forma a ANS gasta os recursos, sejam eles oriundos de arrecadação própria ou do Tesouro Nacional.

Além do pagamento de pessoal da ANS (destino prioritário de recursos do Tesouro nacional), administração da sede e ações de fiscalização, dentre outras atividades, há que se considerar que a ANS também concede empréstimos para liquidação de operadoras.

²⁰ SIAF - Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal. Série histórica da Unidade Orçamentária ANS (36213). Consulta realizada em 31 de março de 2005

Esta ação, segundo Relatório de Gestão da ANS de 2003²¹, “*refere-se ao adiantamento de recursos a operadoras em regime de Liquidação Extrajudicial. Os valores são repassados para a massa liquidanda, sob a responsabilidade do liquidante designado pela ANS, e se destinam ao custeio de despesas inerentes ao processo de liquidação, tais como: honorários do liquidante, recolhimento de INSS Patronal, recolhimento de CPMF e demais tributos, publicação de editais, dentre outras. Até dezembro de 2003 haviam sido beneficiadas 92 operadoras, que receberam recursos da ordem de R\$ 3.520.804,15, dos quais R\$ 2.554.307,65 foram para pagamento de remuneração de Diretores Fiscais R\$ 966.496,50 para as demais finalidades.*”

A polêmica tende a ganhar fôlego, se considerada a parcimônia da Agência em relação à anistia de dívidas das operadoras com multas. Foi bastante criticado pelas entidades de defesa do consumidor o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta assinado em 20 de dezembro de 2004 com as seguradoras Bradesco Saúde e SulAmérica, que determinou que o reajuste dos contratos dessas empresas assinados antes de 1999 será feito exclusivamente com base nas variações dos custos médico-hospitalares das operadoras. O que chama a atenção neste episódio é que estava contido no termo o perdão das multas (legalmente previsto no expediente de ajustamento de conduta) decorrentes dos processos administrativos, no valor de R\$ 56 milhões para a Sul América e de R\$ 32,2 milhões para a Bradesco Saúde. Essas multas seriam publicadas em decorrência do reajuste de 80% nas mensalidades aplicados aos contratos antigos pelas empresas em 2004, percentual considerado abusivos.

Seria recomendável que no Contrato de Gestão, obrigatoriamente assinado anualmente entre o Ministério da Saúde e a ANS, constassem metas de sustentabilidade da ANS, com melhoria na performance de arrecadação própria e redução crescente e significativa da dependência de recursos do SUS. O contrato de gestão da ANS/MS deveria ser encaminhado previamente, antes da assinatura, ao Conselho Nacional de Saúde. Esta, inclusive, foi uma das sugestões do CNS encaminhada à consulta pública do projeto de lei das agências reguladoras.

A utilização de recursos do SUS pela ANS também pode vir a ser abordada nas discussões do Congresso Nacional relativas ao Projeto de Lei do Executivo 3337/04, que regulamenta o funcionamento das Agência Reguladoras; e nos debates sobre a regulamentação da EC 29, que irá definir, dentre outras questões, quais são os gastos que devem ser creditados na conta do Sistema Único de Saúde.

Proposições para a Criação de Fundos/ Créditos para as Operadoras de Planos de Saúde

A ANS apresentou ao mercado, em abril de 2005, a proposta de criação de um Fundo de Investimento em Direitos Creditórios (FIDC) destinado às operadoras de planos de saúde que passam por dificuldades econômico-financeiras. O fundo será administrado pelo Banco do Brasil, enquanto a avaliação de risco será feita pela agência Standard&Poor's. A expectativa é que a

²¹ Relatório de Gestão 2003 – página 15 – disponível em www.ans.gov.br

captação inicial do fundo pode chegar a R\$ 150 milhões, tendo como “lastro” os recebíveis das operadoras, incluindo mensalidades de seus clientes.

Assim como um cidadão pode antecipar a devolução do seu imposto de renda, ou um comerciante pode descontar uma duplicata, pagando juros ao banco, as operadoras poderão fazer o mesmo junto ao fundo, tendo como garantia o fluxo de entrada futura das mensalidades. O objetivo da Agência é contribuir para que as operadoras aumentem sua liquidez, melhor administrem seu capital de giro, honrem seus compromissos e garantam a prestação de serviços aos beneficiários.

A vantagem anunciada do FIDC é a constituição de ativos garantidores para provisões de risco com rentabilidade e segurança superiores àqueles praticados pelo mercado. A nova fonte nova de captação de recursos poderá ser acionada sem que se estipule limites de crédito e não haverá incidência de impostos (IR e IOF) e nem de contribuições sociais (CPMF, PIS/Cofins). na fonte. Cada fundo deverá ter duração de três anos, para empréstimos de curto prazo, com uma taxa de juros de 3% a 5% ao ano, acrescida do CDI, título que é referência de rentabilidade para fundos bancários. Isso equivale a cerca de 21% ao ano, taxa bem mais vantajosa que as praticadas no mercado.

Sobre a constituição do fundo, proposto pela ANS e administrado pelo Banco do Brasil, a Agência esclareceu em nota pública: “está sendo estudada a possibilidade de criação de um Fundo de Securitização de Recebíveis, que estabelece a disponibilização de dinheiro do próprio setor, através da antecipação de direitos creditórios. Este mecanismo poderá aumentar a liquidez das operadoras interessadas, a curto prazo. Segunda a ANS “não há qualquer dotação de dinheiro público envolvido neste projeto, que ainda está sendo estudado pelo mercado financeiro.”

Outra linha de crédito, que está sendo estudada pela ANS, a ser possivelmente gerida pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), também com recursos do mercado financeiro, será destinada a estimular fusões e aquisições no mercado de planos de saúde. De acordo com a Agência, em nota pública: “a ANS também está elaborando um projeto visando disponibilizar linhas de crédito de longo prazo para operadoras, a fim de induzir uma racionalidade no processo de concentração, já observada no setor de saúde suplementar, no sentido de promover fusões e aquisições que garantam a manutenção de concorrência, cobertura a mais extensa possível e a manutenção no setor somente de empresas que apresentem segurança econômica financeira e assistencial.”

Mesmo considerando que não há recursos públicos diretamente envolvidos, não estão totalmente descartados os riscos de eventuais prejuízos para as empresas estatais envolvidas com a administração desses ativos financeiros. Portanto, deve ser examinado atentamente o esforço do governo federal para viabilizar, ainda que indiretamente e no papel de facilitador, a ajuda financeira às empresas de planos de saúde. Especialmente por se tratar de saúde, não é consensual a noção de que compete ao Estado contribuir para conferir suporte, ainda que legal, para tonificar empresas declaradamente endividadas, insolventes e em alguns casos notoriamente mal administradas e prestadoras de serviços de má qualidade. A regulação da saúde

suplementar deve contribuir para a consolidação do SUS e para o reordenamento das relações entre o mercado de planos e serviços privados de saúde e a sociedade. As empresas privadas que pretendam atuar mediante as regras de mercado no campo da saúde devem prescindir dos mecanismos de apoio e suportes financeiros do Estado.

Considerações para o Debate

As situações descritas e as intrincadas articulações entre prestadores, gestores privados e empresas de planos de saúde com as instituições governamentais exigem uma regulação sistêmica, voltada a redistribuir os recursos sociais atualmente concentrados em torno de interesses particulares.

É necessário explicitar, no processo de regulamentação, que os planos de saúde são, em certa parte, sustentados por dinheiro público, e não apenas pelas mensalidades dos usuários ou pelas empresas que oferecem o benefício a seus empregados.

E há, ainda, um alto custo social deste mercado que não pode ser menosprezado: quem paga parte da conta dos planos coletivos é a maioria da população, pois os empregadores embutem, no valor dos produtos e serviços consumidos por toda a sociedade, os gastos com saúde privada para os funcionários.

O orçamento do Ministério da Saúde em 2005 foi de R\$ 39,2 bilhões, não muito mais do que os recursos que os planos privados de saúde movimentam anualmente.

Nos países desenvolvidos, dotados de sistemas universais de saúde, os gastos públicos representam pelo menos 70% do total. No Brasil, 15 anos após a criação do SUS, o total de gastos públicos atingem apenas 45% do gasto total com saúde. Essa condição coaduna-se com a elevada proporção de estabelecimentos e prestadores de serviços privados. Como pode ser observado no quadro 6 o Brasil possui um sistema universal e apresenta uma proporção de gastos privados semelhante a países cujos sistemas de saúde são orientados pela lógica de mercado, como os EUA. Nota-se que a alta percentagem de gastos públicos ocorre também em países com sistemas baseados numa vinculação ampla aos seguros sociais, como é o caso da Alemanha e da Colômbia, onde a privatização do sistema de saúde é financiada com recursos públicos.

Quadro 6 – Gastos com Saúde como % do PIB, Proporção de Gastos Públicos e Privados e Gastos com Saúde per Capita (em US\$) em Países Selecionados -2002

Países	% PIB	Proporção de Gastos		Gastos per Capita
		Público	Privado	
Alemanha	10,9	78,5	21,5	2631
Argentina	8,9	50,2	49,8	238
Brasil	7,9	45,9	54,1	206
Canada	9,6	69,9	30,1	2222
Colombia	9,1	82,8	17,1	151
EUA	14,6	44,9	55,1	5274
Reino Unido	7,7	83,4	16,6	2031

Fonte: World Health Report 2005

A predominância da lógica privada no financiamento e na prestação de serviços de saúde tem sido desafiada pela implementação de instrumentos de regulação voltados à promoção da saúde, tanto pelo Ministério da Saúde quanto pela ANS. Esse esforço regulatório busca, por meio do monitoramento da qualidade da atenção e definição de responsabilidades pela saúde, a mudança do modelo assistencial sintomático, curativo e pouco resolutivo que ainda hoje é hegemônico nos âmbitos público e privado.

Esse redirecionamento, apoiado em mudanças de gestão, pode ser potencializado e pode adquirir maior legitimidade em função do melhor dimensionamento do aporte de recursos públicos para o mercado privado de planos de saúde.

Assim, a discussão do financiamento da saúde não pode ficar restrita à necessária e prioritária regulamentação da Emenda Constitucional 29, aprovada pelo Congresso Nacional em agosto de 2000, que estabelece a vinculação para a Saúde de percentuais das receitas das três esferas de governo.

É preciso refazer as contas dos recursos envolvidos com a saúde, sob todos os aspectos da arrecadação e da destinação dos recursos. Trata-se de uma tarefa difícil e corajosa, mas que pode ser assumida pelo Conselho Nacional de Saúde, tendo em vista seus impactos positivos nos rumos das políticas de saúde no Brasil.

Institucionalidade e desafios da regulação na área de saúde no Brasil

Marcos Pó

O objetivo do presente artigo é apresentar um panorama sobre a regulação da área da saúde no Brasil, especialmente sobre a institucionalidade presente no setor e as questões que se colocam na agenda regulatória da área. Como embasamento teórico, foram utilizadas referências nacionais e internacionais sobre regulação e agências reguladoras, dando-se ênfase específica à área de saúde, além dos estudos mais recentes sobre as agências e instituições reguladoras brasileiras.

O texto foi estruturado da seguinte maneira: inicialmente, foram apresentadas as grandes questões conceituais e práticas sobre a regulação, vistas por diversas perspectivas analíticas, e, então, foi discutido o modelo de agências reguladoras em termos gerais, destacando-se a sua implementação acelerada em nível mundial na década de 1990 e os dilemas que se colocam para a democracia e para a sociedade, tratando-se, a seguir, da implantação do modelo de agências reguladoras autônomas no Brasil.

Em seguida, o texto aprofundou-se na regulação no âmbito da saúde e suas peculiaridades, com especial detalhamento sobre as interações entre o público e o privado nessa área de enorme interesse social e político.

Por fim, examinou-se a institucionalidade regulatória brasileira na saúde, notadamente as agências do setor: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de

Saúde Suplementar (ANS). Foram, então, detalhados os desafios e as respostas regulatórias das áreas de atuação de ambas as agências, com especial destaque para o setor de planos de saúde, no qual as questões econômicas e sociais ainda buscam uma resposta regulatória satisfatória para os diversos atores.

O artigo pretendeu, assim, fornecer um referencial teórico e uma agenda de pesquisas para o debate sobre a regulação da saúde no Brasil.

A regulação e suas características

O que atualmente entendemos como regulação seguiu o próprio desenvolvimento da economia de mercado. A ampliação da atividade privada em temas de interesse público acarretou impactos sociais que podem ser resolvidos apenas pela ação de um agente externo ao mercado com poder de dissuasão para os atores envolvidos: o Estado. Em outras palavras, a regulação visa

conciliar as características inerentes à produção sob propriedade privada e o respeito a certas regras de mercado, com a necessidade de restringir a autonomia das decisões dos agentes privados, nos setores onde o interesse público é particularmente relevante. (GIAMBIAGI; ALÉM, 1999, p. 353).

A regulação se coloca, assim, como uma resposta às demandas da sociedade contra os problemas causados pela atuação oportunista, predatória ou fraudulenta de empresas atuantes no livre mercado. Exemplos disso são as ações tomadas em prol das condições higiênicas dos alimentos nos Estados Unidos após as denúncias de Upton Sinclair, em 1906, com o livro *The Jungle*. Ou os danos sociais causados pela falta de regulamentação do mercado de trabalho apontados por Karl Polanyi no livro *A Grande Transformação*, no qual, após a análise da evolução histórica e política da economia de mercado, o autor conclui que ela possuía um caráter inerentemente predatório e não teria condições sociais de se sustentar se não sofresse algum tipo de regulação.

Ao lado desses impactos sociais, a regulação também foi uma réplica aos oligopólios e monopólios, já que a competição e a depuração do mercado dificilmente se estabelecem sem uma intervenção externa. Os pressupostos que permitem à ‘mão invisível’ conduzir o mercado para a competição e para o benefício geral dificilmente se concretizam voluntariamente na prática.

Fica evidente, portanto, que a regulação pública é necessária tanto para conduzir o mercado a um funcionamento economicamente eficiente como para impor aos atores econômicos as noções morais de justiça e equidade vigentes e desejáveis em uma sociedade.

Numa economia de mercado, portanto, a regulação é uma forma peculiar de política pública, na qual a autoridade governamental impõe permissões e restrições à livre ação de agentes privados, em todas as áreas do interesse público¹. Em termos analíticos, é feita uma distinção entre dois tipos básicos de regulação, a econômica e a social. A regulação econômica consiste nas ações governamentais para assegurar o funcionamento adequado dos mercados, como prevenção de

¹A literatura acadêmica norte-americana inclui na terminologia ‘regulação’ temas diversos como infraestrutura, meio ambiente, publicidade, assistência social, entre outros. Por essa razão, é necessária uma atenção redobrada ao se utilizar textos como referência para análises comparativas e definições conceituais.

monopólios, definição de tarifas e regras de entrada e saída em determinados mercados. A regulação é chamada de social quando trata de questões como assimetrias de informação e externalidades negativas, em áreas como meio ambiente, proteção do consumidor, segurança do trabalho, entre outras. Todavia, contrapondo-se a essa visão de que a regulação se constituiria numa ação governamental em prol do interesse público, na década de 1970 ganhou força outra perspectiva teórica e analítica, a literatura da regulação econômica ou, alternativamente, teoria da captura. Essa abordagem economicista, estabelecida na chamada Escola de Chicago, foi inaugurada por George Stigler, em 1971, com o artigo ‘A Teoria da Regulação Econômica’. Nesse trabalho, o autor procura demonstrar que as empresas reguladas se articulariam com o sistema político e com os reguladores para estabelecer regras que as protegessem da competição e lhes permitissem ampliar a renda extraída dos consumidores.

Essa linha foi aprofundada na década de 1970. Desenvolveram-se modelos econométricos que demonstravam como a regulação era dominada por grupos e interesses específicos, distorcendo a alocação ótima de bens que um mercado livre e competitivo poderia gerar, o que atentaria contra o bem estar geral da sociedade. Assim, logicamente, o melhor caminho seria a desregulamentação. Não por coincidência, esse movimento acadêmico correspondeu historicamente aos debates político-econômicos sobre a liberalização dos mercados e a desregulamentação das décadas de 1970 e 1980.

Peltzman (1989), um dos fundadores dessa abordagem, faz uma interessante revisão da teoria econômica da regulação. Segundo o autor, a teoria da regulação econômica levava a três conclusões principais. Primeiro, grupos pequenos e bem organizados se beneficiarão da regulação mais do que os grupos grandes e difusos, ou se beneficiarão à custa destes. Segundo, a política regulatória procurará preservar a distribuição de recursos entre os membros da coalizão dominante. Por fim, considerando-se que os benefícios oriundos da regulação se concentram na capacidade desta em distribuir riqueza entre grupos da sociedade, conclui-se que ela é sensível a modificações no *status* econômico dos atores. Apesar de Peltzman apontar várias questões que o modelo não era capaz de tratar satisfatoriamente, essa abordagem teórica inseriu, definitivamente, pontos como a captura do regulador e coalizões entre políticos, reguladores e regulados na discussão da regulação.

A captura pode se dar por diversas maneiras. A proximidade e a empatia entre reguladores e regulados podem ser proporcionadas pelas portas giratórias, nas quais os técnicos circulam entre a agência e o setor privado, e pela contratação de ex-dirigentes das agências pelos regulados. A disponibilidade de recursos financeiros, técnicos e informacionais pelos regulados os colocam em situação vantajosa no diálogo com a agência, ainda mais quando contrapostas à dificuldade de grupos sociais em se fazer representar na arena regulatória, pois isso demanda recursos técnicos, financeiros, de pessoal, organizacionais e metodológicos pouco acessíveis. A presença constante de alguns interesses e a exclusão prática de outros pode levar à criação de um sistema responsivo apenas aos grupos envolvidos.

Outra importante abordagem analítica sobre a regulação é a chamada ‘teoria principal-agente’, ou da agência. Segundo essa literatura, uma relação principal-agente se estabelece quando um ator (o principal) delega atividades para outro (o agente), estabelecendo um contrato permeado por assimetrias de informação e de recursos. O principal busca atingir seus objetivos impondo incentivos, restrições e penalidades ao agente, buscando, assim, superar o fato de não conseguir observar e avaliar diretamente as ações deste (PRZEWORSKI, 1998).

A ênfase dessa literatura é a análise da delegação, especialmente sobre o controle dos agentes pelos principais e o comportamento desses atores dependendo das regras, riscos e incentivos a que estão expostos. Nesse sentido, uma importante contribuição dessa literatura para o estudo da regulação foi o desenvolvimento de trabalhos sobre estratégias utilizadas pelos *policy makers* – como os procedimentos e o desenho institucional das agências – para reduzir a assimetria informacional e o espaço discricionário da burocracia reguladora e o risco dela se desviar dos objetivos desejados². Dessa forma, os procedimentos administrativos e a transparência do processo decisório são elementos fundamentais para dar legitimidade às agências frente ao sistema político e à sociedade.

A teoria principal-agente também trata de questões como a assimetria de recursos, o que ocorre na relação entre os reguladores e regulados, pois estes possuem o acesso e a capacidade de manipular as informações do setor em seu benefício.

Verificamos, portanto, que a regulação é uma política pública sobre questões de grande relevância pública em áreas com a presença da iniciativa privada, onde os diversos grupos buscam fazer prevalecer seus interesses. Nesse sentido, é bom ter clara a advertência relatada por Nunes *et al.* (2007, p. 15-16):

Não existe regulação neutra. Nem regulação inocente. Nem toda regulação é contra o regulado. Muitos regulados abençoarão e, neste sentido, buscarão normas regulatórias que os protejam da competição, que lhes diminuam os custos, que criem barreiras de entradas à competição, que os mantenha no mercado, que os protejam de demandas do público. Nem toda regulação, portanto, é a favor do público. Nem toda regulação é a favor do regulado. O mercado regulatório é um selvagem campo de lutas de interesses. Regula quem pode, não quem quer.

Outra característica relevante da ação regulatória é que ela exige um grande expertise técnico sobre o funcionamento do setor no qual se deseja intervir, sob pena de se gerar resultados não esperados ou contrários aos desejados. Esse fato tem consequências relevantes para a sociedade, pois implica na delegação de significativa autoridade sobre aspectos cruciais de políticas públicas para uma burocracia pública em setores onde há interesses conflitantes. Também é válida

²Três artigos que se tornaram referência no estudo da delegação e do controle da burocracia foram baseados nos modelos desenvolvidos a partir desse referencial: Epstein, D.; O'HALLORAN, S. Administrative procedures, information, and agency discretion. *American Journal of Political Science*, v. 38, n. 3, p. 697-722, 1994. McCubbins, M.D.; NOLL, R.G.; WEINGAST, B.R. (1989). Structure and process, politics and policy: administrative arrangements and the political control of agencies. *75 Virginia Law Review* 431, 1989.

_____. Administrative procedures as instruments of political control. *Journal of Law, Economics and Organization*, v. 3, n. 2, p. 243-277, 1987.

a constatação de que, por mais técnicas e especializadas que sejam as decisões de um órgão da administração pública, sempre há o espaço da decisão política:

Nenhuma política pode ser puramente técnica, pois está nutrida por suposições subjacentes (e politicamente pertinentes) e/ou porque está sujeita a incertezas técnicas. Para qualquer problema, mesmo muito específico, existem várias soluções de boa relação custo-benefício e tecnicamente plausíveis. (SCHNEIDER, 1994, p. 110).

A delegação, ainda mais para agências com autonomia operacional e, em certo grau, política, traz implicações para a legitimidade democrática do Estado.

A regulação e o modelo de agências autônomas

A regulação pode assumir diversas configurações institucionais. Melo (2001) identifica quatro formatos básicos para a ação regulatória do Estado na economia. O primeiro, chamado pelo autor de regulação endógena ou regulação pela estatização, é o provimento direto dos serviços por organismos estatais, como a posse de firmas ou de setores da economia. Esse foi o formato dominante no Brasil e em muitos países da América Latina e da Europa, antes da década de 1990, nos setores de infraestrutura e em uma gama variada de serviços.

Nas outras configurações, as atividades reguladas são exercidas primordialmente pela iniciativa privada, alterando-se o formato pelo qual o governo exerce a regulação. Assim, uma segunda configuração é o exercício de atividades regulatórias por órgãos diretos da burocracia executiva, como as secretarias e o ministério, a qual coloca os órgãos reguladores sob comando direto dos governos eleitos. Esse é um modelo bastante comum em vários setores da economia brasileira, especialmente nos níveis estadual e municipal.

Um terceiro formato institucional consiste na regulação efetuada por meio de arranjos corporativistas de autorregulação, em que entes públicos e estatais atuam de maneira concertada para definir os parâmetros de funcionamento do mercado. Tal formato é relativamente comum nos países nórdicos.

Por fim, há a regulação exógena, onde o Estado assume o papel de regulador sem participação ou ingerência nas empresas reguladas, e a instituição regulatória possui algum grau de autonomia em relação ao governo eleito. Esta é a regulação efetivada por meio de agências reguladoras autônomas, formato institucional que cresceu explosivamente no mundo todo após os processos de reforma do Estado e privatizações ocorridos nas décadas de 1980 e 1990 (GILARDI; JORDANA; LEVI-FAUR, 2006).

O analista da regulação deve ter clareza que, ainda que exista uma instituição protagonista ou central, as relações entre mercado, Estado e sociedade ocorrem dentro de um contexto institucional mais amplo. Nunes *et al.* definem esses arranjos político-institucionais como regimes regulatórios, que são

uma configuração historicamente específica de políticas e instituições que estruturam o relacionamento entre interesses sociais, o Estado e os atores econômicos. (NUNES *et al.*, 2007, p. 20).

Essa complexidade é peculiarmente relevante no setor da saúde, no qual as políticas públicas podem afetar uma miríade de atores e interesses, públicos e privados, de diversas áreas.

No presente texto, nos concentramos na regulação executada por agências autônomas, que na área da saúde são a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Portanto, é interessante ter uma visão panorâmica sobre o embasamento teórico e as questões que permeiam o modelo de agências.

As agências reguladoras são, historicamente, uma instituição norte-americana. Como Moran (2002, p. 392) resume,

Americans virtually invented the modern regulatory state, in the sense that the United States was the great pioneer of the administrative technology of controlling business through law-backed specialized agencies rather than through the technique of public ownership.

Em termos históricos, nos Estados Unidos a maior parte dos serviços de interesse público têm sido providos por empresas privadas. Foram o crescimento dessas empresas, o impacto dos monopólios e os conflitos comerciais interestaduais que levaram ao surgimento de agências reguladoras federais nos Estados Unidos, cuja pioneira foi a *Interstate Commerce Commission* (ICC), criada em 1887.

É interessante observar que a ICC – mesmo instituída sob a ótica progressivista da época, que propugnava a separação entre política e burocracia, sendo esta a responsável pelos detalhes técnicos da implementação das políticas definidas pelos representantes eleitos – foi mantida sob o controle do Legislativo por meio das nomeações e do controle orçamentário (NUNES *et al.*, 2007).

Isso decorre do reconhecimento de que, em uma democracia, não pode haver poderes livres do escrutínio público e que era uma ilusão a divisão de papéis na qual a burocracia cuidaria apenas de implementar as decisões políticas dos representantes eleitos, temperada pela resistência que qualquer instituição tem em abdicar dos seus poderes. A realidade se mostrou cheia de nuances e deixou claro que os políticos e a burocracia possuíam muitas interações, em relações permeadas por conflitos, cooperação e mútua dependência.

No modelo institucional norte-americano, as agências estão sempre sob o controle e escrutínio de algum ator político, seja o Executivo ou o Legislativo. Todavia, verificamos que no debate sobre as agências reguladoras, surgidas a partir dos anos 1980, tanto em termos políticos como acadêmicos, a questão mais relevante sobre essas instituições é em relação à sua autonomia.

Nesse sentido, a principal justificativa teórica para esse modelo é fornecida pela nova economia institucional (NEI), cujo principal expoente é Douglass North, prêmio Nobel de Economia em 1993. A NEI, que ganhou força a partir da década de 1980, faz uso de modelos econométricos,

valendo-se de estudos históricos e grandes bases de dados para avaliar o papel que as instituições³ podem agregar ao desenvolvimento econômico e social.

Um ponto central dos estudos da NEI mostra a importância tanto do direito de propriedade como da credibilidade e garantias do cumprimento de compromissos assumidos (contratos) entre as partes envolvidas em uma transação econômica, tais como o Estado e os atores privados. Mecanismos que diminuíssem os custos de transação e ampliassem o comprometimento de governos e atores privados em honrar os contratos seriam benéficos a uma melhor alocação econômica e, conseqüentemente, ao desenvolvimento econômico. O papel básico das instituições seria, portanto, reduzir os níveis de incerteza no ambiente de negócios, especialmente a possibilidade de o Estado usar de seu poder coercitivo para confiscar a riqueza gerada pela economia.

Em relação à regulação, a teoria oriunda da NEI foi aplicada nos processos de privatização, nos quais o direito de propriedade se materializava na garantia dos contratos entre governos e investidores privados. Nesse sentido, uma das principais referências para a criação de sistemas regulatórios que garantissem os contratos nas privatizações foi o estudo de Brian Levy e Pablo Spiller (1996), sob patrocínio do Banco Mundial, com uma análise do desenvolvimento dos sistemas de telecomunicações e os ambientes institucionais de Argentina, Chile, Filipinas, Jamaica e Reino Unido.

As conclusões obtidas nos estudos desenvolvidos sob o arcabouço teórico da NEI acabaram se tornando um receituário orientador para a criação de instituições nas reformas de mercado de diversos países ao redor do globo, entre elas a criação de agências reguladoras autônomas. Os *policy makers* de todo o mundo passaram a contar com uma prescrição pronta de tudo aquilo que deveriam implementar em termos institucionais para se desenvolverem economicamente.

Assim, baseando-se nos modelos de nova economia institucional e na pesquisa de Levy e Spiller, é criado um receituário de instituições regulatórias independentes. Nos países onde a privatização avançou, como os países da América Latina e Europa, o desenho do sistema regulatório concentrou-se no estabelecimento dos contratos e na implantação do regulador independente, seguindo o formato institucional de agências, com as seguintes condições (GUASCH; SPILLER, 1999):

- liberdade gerencial;
- autonomia em relação a grupos políticos e de interesse;
- prestação de contas e responsabilização;
- controles para limitar os poderes de atores individuais na instituição;
- incentivos para premiar boas performances e sanções em relação a ações arbitrárias ou inadequadas.

Nesse modelo, o pressuposto é que a interferência da política na economia acarreta resultados negativos para o desenvolvimento econômico. As agências autônomas visam, portanto,

³North define as instituições como obrigações intencionalmente planejadas e que estruturam as interações políticas, econômicas e sociais por meio de restrições informais, tais como sanções, tabus, costumes, tradições e códigos de conduta e regras formais como constituições, leis e direito de propriedade (NORTH, 1991, p. 97).

reduzir o espaço da política na economia, ou, ao menos, domesticá-la por meio de restrições que dificultem ações oportunistas ou bruscas em relação aos direitos de propriedade e à garantia dos contratos. Ou seja, os governantes atavam as suas próprias mãos.

Sem deixar de reconhecer o importante papel da estabilidade de regras para o desenvolvimento social e econômico, considerando-se que decisões de curto prazo muitas vezes comprometem o longo termo, essa visão da política na economia acaba por negar o desejo legítimo das sociedades democráticas de rever decisões e contratos, já que a alternância de poder é parte do jogo democrático.

A própria existência de poderes livres do escrutínio político é contrário à lógica de legitimidade de uma sociedade democrática. Por essa razão, no modelo norte-americano, uma agência é considerada independente quando possui diretores com mandatos fixos, mas de forma alguma ela está livre do escrutínio e do controle orçamentário efetuado pelos políticos (WILSON, 1989; WOOD; WATERMAN, 1994). O Poder Executivo possui também vários mecanismos de controle e monitoramento das agências, como o *Office of Management and Budget*, que realiza revisões periódicas das regulações emitidas pelas diversas instâncias governamentais. Entretanto, nos países latino-americanos e na Europa, a inserção de instituições com graus variados de autonomia em relação aos poderes políticos ainda não teve uma solução política.

Este é exatamente o modelo institucional adotado pelas agências reguladoras brasileiras. O que se buscava era a constituição de instituições que pudessem aumentar a credibilidade do país.

A criação de agências reguladoras no Brasil

No Brasil, a designação ‘agência’ é aplicada às agências reguladoras surgidas após 1996, no primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso⁴. Esse período marcou uma grande mudança na atuação do Estado brasileiro, com a privatização de serviços públicos em áreas monopolistas, como energia elétrica e telefonia fixa. O Estado brasileiro mudava a sua atuação, deixando o papel de provedor e passando ao de regulador.

Nesse sentido, uma série de ações governamentais foram tomadas, como a aprovação da Lei das Concessões (lei 8.987, de 13/02/95) e as Emendas Constitucionais nº 8, de 15/08/1995 (telefonia) e nº 9, de 9/11/1996 (petróleo), iniciando a concepção e a implantação de agências reguladoras nos setores de energia, telecomunicações e petróleo.

Em novembro de 1995, é divulgado o ‘Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado’, preparado pelo então Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE). O Plano Diretor, além de discutir as áreas em que a ação estatal deveria se concentrar e a maneira de interação com a sociedade, trouxe ao debate os princípios de administração pública gerencial, apresentando a proposta da criação de agências autônomas, divididas em reguladoras e executivas. As agências deveriam possuir autonomia decisória e operacional em relação ao

⁴Nos Estados Unidos o termo *agency* é utilizado para designar praticamente qualquer instituição da burocracia governamental, definido pelo próprio *Administrative Procedures Act*, de 1946. Nesse sentido, outras instituições brasileiras poderiam ter a mesma denominação de agências, como o Banco Central, a Comissão de Valores Mobiliários (CVM) e o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE).

Poder Executivo, flexibilidade administrativa e controle dos resultados por meio de contrato de gestão com metas definidas (BRASIL, 1995).

Contudo, o Plano é praticamente silente em relação às agências reguladoras. Posteriormente, houve a recomendação do Conselho da Reforma do Estado para a ‘Construção do Marco Legal dos Entes Reguladores’, de 31/05/1996, com diretrizes mais específicas. Entretanto, não houve processo coordenado de mudança do aparelho estatal, da reforma regulatória e das privatizações, o que resultou na falta de um modelo regulatório (MARTINS, 2002). A falta de um modelo e de um direcionamento consolidado no governo acabou por tornar o processo fragmentado, sendo fortemente conduzido pelas concepções dos ministérios e pela burocracia de cada setor.

Se a privatização e a concessão de serviços públicos foram os fatores principais para a criação das primeiras agências reguladoras, uma diversidade maior de fatores influenciou a criação das agências posteriores. Martins (2002) atribui esse fato a uma estratégia de flexibilização operacional dos ministérios e órgãos públicos. Isso teria ocorrido devido às dificuldades de implementação do modelo de agências executivas, à possibilidade de usar o modelo de agência reguladora e à necessidade de maior flexibilidade e de recursos operacionais para algumas áreas. Também houve proliferação de agências nos estados.

O Quadro 1 traz uma relação das agências federais, ordenadas pela lei de criação.

As agências reguladoras são entidades híbridas, que combinam funções executivas, legislativas e judiciárias. Mesmo com pequenas diferenças, as agências reguladoras federais brasileiras possuem as seguintes características em comum:

- autonomia financeira, funcional e gerencial, sem subordinação hierárquica formal ao ministério correspondente;
- fonte orçamentária própria;
- poder de emitir normas;
- poder de instruir e julgar processos, sendo a última instância de recurso no âmbito administrativo;
- dirigentes com mandatos fixos e não-coincidentes, aprovados pelo Senado Federal;
- diretoria com decisão colegiada;
- publicidade dos atos, processos normativos e decisões.

Historicamente, a burocracia brasileira esteve sob o controle do Executivo, poder dominante da agenda política brasileira. Diferente dos Estados Unidos, o orçamento público brasileiro é de domínio do Executivo, que também pode remanejar e contingenciar o orçamento ao longo do ano. O orçamento das agências reguladoras está sob a rubrica dos ministérios correspondentes, o que permite ao Executivo, diretamente ou por meio do ministério, pressionar orçamentariamente as agências praticamente em tempo real.

No Brasil, o Legislativo possui um papel secundário no controle das agências reguladoras, limitando-se a convocações e eventuais CPIs, como a que a área de planos de saúde foi alvo em

Quadro 1 – Agências reguladoras federais criadas no Brasil

Agência	Ministério relacionado	Lei de criação	Decreto de instalação
Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL)	Minas e Energia	9.427, de 26/12/1996	2.335, de 06/10/1997
Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL)	Comunicações	9.472, de 16/07/1997	2.338, de 07/10/1997
Agência Nacional do Petróleo (ANP)	Minas e Energia	9.478, de 06/08/1997	2.455, de 14/01/1998
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	Saúde	9.782, de 26/01/1999	3.029, de 16/04/1999
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Saúde	9.961, de 28/01/2000	3.327, de 05/01/2000
Agência Nacional de Águas (ANA)	Meio Ambiente	9.984, de 17/07/2000	3.692, de 19/12/2000
Agência Nacional de Transportes Aquáticos (ANTAQ)	Transportes	10.233, de 05/06/2001	4.122, de 13/02/2002
Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT)	Transportes	10.233, de 05/06/2001	4.130, de 13/02/2002
Agência Nacional do Cinema (ANCINE)	Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior	Medida Provisória 2.228, de 06/09/2001	-
Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC)	Defesa	11.182, de 27/09/2005	5.731, de 20/03/2006

Fonte: sites das agências; elaborado pelo autor.

2003 (BRASIL, 2003). Por outro lado, o Judiciário desempenha um papel central no controle das agências e dos setores regulados e deve sempre ser considerado nas análises sobre o setor⁵.

Em resumo, podemos afirmar que o modelo de agências sempre enfrentará questionamentos em relação à autonomia e controle por parte da sociedade, necessários para conferir legitimidade às instituições e mitigar riscos de captura. No sistema norte-americano, esse fato foi equacionado principalmente por meio da transparência proporcionada pelos procedimentos administrativos a que as agências estão sujeitas, o que permite que grupos sociais e econômicos acompanhem e interfiram no processo regulatório, inclusive alertando os políticos supervisores das agências sobre questões de seu interesse. Ainda que tais procedimentos sejam insuficientes

⁵ A Constituição Federal (artigo 5º, inciso XXXV) prevê a inafastabilidade do Poder Judiciário em questões relativas aos direitos dos cidadãos e da supervisão das atividades governamentais. Outros dispositivos legais também ampliaram a possibilidade de revisão de decisões governamentais, tais como a lei 7.347/1985, que disciplina as ações civis públicas e o Código de Defesa do Consumidor (lei 8.078/1990), o que possibilita a organizações da sociedade civil atuarem em defesa de direitos difusos coletivos. Contudo, na prática, essa possibilidade acaba ficando restrita às áreas de conflitos estruturados, como defesa do consumidor e meio ambiente (ARANTES, 2002).

para impedir a captura dos reguladores, são condição indispensável para que exista algum tipo de controle social.

A regulação na área de saúde no Brasil

Cada setor do interesse público e da economia possui características específicas e, como tal, demandam ações regulatórias diversas. O setor de saúde apresenta desafios muito diferentes dos setores de infraestrutura, os quais se concentram na busca de estabilidade intertemporal de regras, devido aos investimentos elevados e os custos irrecuperáveis, na necessidade de universalizar alguns serviços, na imposição de metas de qualidade, nas possibilidades de competição e no equilíbrio econômico-financeiro dos contratos. Nesse campo, as questões econômicas prevalecem.

Já na área da saúde, a regulação é fortemente pautada por valores políticos, como equidade, direito e justiça, dada a sua importância social e visto que a saúde é definida na Constituição Federal brasileira como um direito básico do cidadão. Vem à discussão, portanto, temas como o cuidado com a saúde, a equidade de acesso, a eficiência do mercado, a proteção aos direitos dos consumidores, a qualidade do serviço e a remuneração das empresas e dos profissionais de saúde.

O setor de saúde possui uma grande gama de atores e interesses, o que torna as ações complexas. Vemos atuando na área profissionais (médicos, especialistas etc.), prestadores de serviço (laboratórios, hospitais, clínicas), empresas e investidores privados, produtores de insumos diversos, consumidores, portadores de patologias especiais, a população em geral e os grupos políticos, dada a importância pública do tema. Bahia (2005) aponta a existência de um sistema híbrido público-privado de prestação e organização de redes de serviços, constituindo-se em um foco permanente de tensões, com a confluência de recursos públicos para o financiamento da demanda e instalações utilizadas pelos provedores privados como os planos de saúde e o trânsito de profissionais entre as duas áreas, entre outros aspectos.

Além dessa rede intrincada de atores e de interesses públicos e privados, o domínio da saúde possui interfaces com outras áreas de governo. Políticas públicas em saneamento e segurança alimentar, por exemplo, podem impactar significativamente as ações na saúde. A interação entre atores dos diversos níveis federativos, em todas essas áreas, também se coloca como um desafio não-trivial para políticas e ações de saúde.

A regulação na área da saúde tem, portanto, que lidar com os problemas e externalidades decorrentes do funcionamento de mercados, com a coordenação e interações dos diversos atores, com os direitos sociais e com as questões morais e éticas que permeiam esse espaço. Conceitos e abordagens de origem econômica, muito utilizados nas discussões de regulação, devem ser tratados com extremo cuidado quando transpostos para a saúde, já que princípios analíticos básicos, como oferta e demanda, dão lugar a questões de possibilidades e necessidades. Aspectos morais e éticos são inescapáveis nesse setor.

Os desafios regulatórios na área de saúde e o papel das agências

Regular é impor restrições às ações de atores privados e, em alguns casos, públicos. No campo da saúde, várias instituições realizam esse papel, como o próprio Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, as diversas secretarias e vigilâncias sanitárias estaduais e municipais, entre outras. Mas as principais instituições reguladoras da saúde, no nível federal, são a ANVISA e a ANS.

Ambas foram criadas na gestão do então ministro José Serra, entre 1999 e 2000, como se pode verificar no Quadro 1. A motivação de sua criação como agências não é totalmente clara, mas parece se encaixar em uma estratégia de fortalecimento das instituições da área, por meio de um formato institucional mais flexível em termos operacionais e que permitia a obtenção de recursos por meio de taxas de fiscalização, aspecto fundamental se considerarmos as restrições fiscais a que os diversos ministérios estavam submetidos. Enquanto a ANVISA representava um esforço de modernização e ampliação da antiga secretaria de vigilância sanitária, que já possuía uma estrutura significativa em termos de recursos e pessoal, a ANS surgia como novidade para regular um setor complexo, que demanda informação intensiva, no qual as estruturas governamentais eram ainda muito débeis.

Apesar das agências reguladoras brasileiras seguirem basicamente o mesmo formato geral, com diretoria colegiada aprovada pelo Senado, mandatos fixos, autonomia operacional e decisória e poderes regulatórios, judicantes e executivos (Pó; ABRUCIO, 2006; MELO, 2001), na prática notamos na operação algumas diferenças significativas que modificam expressivamente o resultado institucional final. O Quadro 2 traz uma comparação de aspectos institucionais da ANS e da ANVISA com a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) e a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), que foram as primeiras agências criadas.

Podemos notar alguns elementos interessantes na comparação. Tanto a ANVISA quanto a ANS, à exceção do tamanho de seus conselhos consultivos, possuem aspectos institucionais idênticos, como a duração dos mandatos dos diretores, a ouvidoria e o contrato de gestão. Essa coincidência pode ser verificada nos decretos de instituição das agências, que são idênticos em muitos pontos.

Em contraste com as agências de infraestrutura, nem a ANVISA nem a ANS são obrigadas legalmente a terem procedimentos de transparência, como a realização de consultas públicas ou a disponibilidade de atas da Diretoria Colegiada. Percebe-se, portanto, que não houve uma preocupação com a prestação de contas. Tal fato é ainda mais significativo se verificarmos as constatações de Pó e Abrucio (2006, p. 694), nas quais, avaliando os mecanismos de *accountability* da ANATEL, ANEEL, ANS e ANTT, mostram que as agências possuem comportamentos muito diversos. A ANS se mostrou a menos *accountable* sobre o seu processo regulatório, realizando um baixo número de consultas públicas, não divulgando as manifestações recebidas, além de não explicitar as suas decisões.

A ANVISA não foi avaliada nesse estudo, mas, por realizar consultas públicas frequentemente, tem práticas semelhantes às da ANS. Todavia, com a edição da portaria nº 422, de 16 de abril de

Quadro 2 – Previsão legal de dispositivos previstos no modelo básico das agências reguladoras

Dispositivo	ANATEL	ANEEL	ANS	ANVISA
Diretoria colegiada	Cinco membros aprovados pelo Senado; mandatos não-coincidentes de cinco anos (L)	Cinco membros aprovados pelo Senado; mandatos não-coincidentes de quatro anos (L)	Até cinco membros aprovados pelo Senado; mandatos não-coincidentes de três anos (L)	Cinco membros aprovados pelo Senado; mandatos não-coincidentes de três anos (L)
Disponibilidade de atas do Conselho Diretor	Obrigatória (L)	As reuniões poderão ser publicadas, a critério da diretoria (D)	Nada consta	Nada consta
Conselhos	Conselho Consultivo: 12 membros com mandato de 3 anos (L)	Não previsto	Câmara de Saúde Suplementar: 34 membros (L)	Conselho Consultivo: 13 membros (L)
Ouvidoria	Nomeado pelo Presidente da República, mandato de dois anos. Obrigação de produzir relatórios semestrais (L)	Exercida por um dos diretores (L)	Lei prevê existência; mandato de dois anos, nomeação pelo Presidente da República e produção de relatórios são definidos pelo decreto	Lei prevê existência; mandato de dois anos, nomeação pelo Presidente da República e produção de relatórios são definidos pelo decreto
Realização de consultas e audiências públicas	Minutas de atos normativos devem ser submetidas e críticas e sugestões devem ficar disponíveis (L)	Para processo decisório que afetar direitos dos agentes econômicos ou consumidores (L)	Poderá ser realizada a critério da diretoria (D)	Poderá ser realizada a critério da diretoria (D)
Contrato de gestão	Não-previsto	Previsto (L)	Previsto, o descumprimento pode acarretar demissão do diretor-presidente (L)	Previsto, o descumprimento pode acarretar demissão do diretor-presidente (L)

L: previsto na lei específica; D: previsto no decreto específico que institui a agência.

Fonte: legislação das agências; elaborado pelo autor.

2008, instituindo o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação, a agência está dando mais transparência a suas decisões regulatórias.

A duração dos mandatos (mais curta) e a possibilidade de exoneração dos diretores-presidentes, quando houver descumprimento dos contratos de gestão, são elementos evidentes de controle, pois em caso de conflito entre a agência e o Ministério da Saúde, este não ficará muito tempo sujeito a uma diretoria contrária, além de poder impor parte de sua agenda nos contratos de gestão.

Além do formato institucional, cabe verificar o comportamento das agências na prática. O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) realizou avaliações sobre diversas instituições reguladoras que atuam em áreas de interesse dos consumidores. Os órgãos foram avaliados em termos de transparência e efetividade, sendo a primeira verificada pelo atendimento de 32 itens e subitens diferentes e a segunda definida por um painel de especialistas no setor em defesa do consumidor. Os resultados da avaliação de 2006, última disponível, estão na Tabela 1.

Constata-se que, apesar de terem formatos institucionais idênticos, na prática a ANVISA e a ANS possuem posturas muito diferentes em relação à transparência, com a primeira atingindo a nota 6,6 e a segunda, 4,4. Em termos de efetividade, o resultado é ainda mais discrepante, com as agências nos extremos opostos da avaliação.

Fica evidente que as agências da área de saúde ainda estão aquém do esperado em termos de transparência, o que compromete sua legitimidade frente à sociedade, aumentando a possibilidade de captura por interesses. Isso se aplica principalmente à ANS, que se coloca à parte da sociedade na definição de sua agenda e em seu processo decisório.

O setor de vigilância sanitária e os desafios da ANVISA

A vigilância sanitária consiste em

um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. (Lei nº 8.080/1990, art. 6º, § 1º).

De acordo com a lei nº 9.782/1999, artigo 7º, a ANVISA

terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras.

Em outras palavras, a agência é responsável pela definição de regras e fiscalização de medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, equipamentos médicos e laboratoriais, serviços ambulatoriais, estabelecimentos hospitalares, entre outros produtos e serviços relacionados à saúde.

Tabela 1 – Avaliação das agências e órgãos governamentais reguladores

	Transparência e configuração institucional					Nota Final
	Existência de canais institucionalizados e condições para a participação dos consumidores nas decisões e no controle	Transparência de atos, procedimentos e processos decisórios	Acesso à informação, legislação, dados do setor, atividades e resultados da ação dos órgãos	Publicidade do órgão e mecanismos para resolução de problemas dos consumidores	Média ponderada	
Inmetro	7,5	4,3	9	9,3	7,4	6,7
ANVISA	6	4,3	8	8,5	6,6	6,3
ANEEL	2,3	8,8	8,8	9,3	7,6	5,8
ANATEL	5,5	5	6	6,5	5,8	4,6
Secretaria de Defesa Agropecuária	1,5	2,8	5,3	4,3	3,5	3,5
ANS	5,3	2,3	5,3	5,5	4,4	3
Banco Central	0,8	2,5	7	5	3,8	2,9

Fonte: Ibec (2006, p. 55)

Apesar de toda regulação impor custos aos regulados, a regulação efetuada pela ANVISA não trata diretamente de preços ou condições de entrada ou saída de empresas no mercado. Ela atua em mercados competitivos de produtos e serviços, buscando estabelecer e monitorar padrões de qualidade, determinar níveis de risco aceitáveis, além de lidar com questões e assimetrias informacionais entre os diversos atores (LOPES; LOPES, 2008). Em termos analíticos, esse tipo de regulação é definido como social, pois a ANVISA interfere no comportamento e práticas dos atores – empresas devem zelar pela qualidade de seus produtos e serviços; consumidores podem utilizar a informação compulsoriamente disponibilizada para suas decisões; o risco de ações relativas à saúde (nem sempre evidente ao público) passa a ser gerenciado por atores públicos e privados nos moldes definidos pela agência.

Nesse sentido, não há muitas observações analíticas sobre as questões regulatórias no escopo da ANVISA, mas convém chamar a atenção para dois papéis frequentemente relegados em termos analíticos: as questões informacionais e o gerenciamento de risco.

A informação é um insumo crucial para o processo decisório dos gestores públicos, empresas e consumidores. Por meio da manipulação das informações – seja por omissão total ou parcial ou pela overdose, dificultando sua compreensão e análise – os atores privados podem conduzir consumidores e reguladores a decisões equivocadas e contrárias aos seus interesses em relação a saúde. A agência tem um papel fundamental em regular as informações e a sua apresentação, de maneira a facilitar a tomada de decisões por parte dos agentes, tais como as informações nutricionais e riscos nas bulas de medicamentos. O mesmo se aplica às informações que a ANVISA pode deter sobre a qualidade dos produtos e serviços regulados, o que permitiria ao consumidor selecionar e pressionar os fornecedores. Um exemplo disso seriam informações sobre infecções hospitalares ou sobre irregularidades encontradas na fiscalização de produtos.

O gerenciamento de risco possui um papel central nas ações do setor de saúde e da vigilância sanitária (LOPES; LOPES, 2008). Aplica-se tanto às definições de padrões de qualidade (por exemplo, em relação a medicamentos e alimentos) quanto às práticas que guiarão os diversos serviços de saúde. O gerenciamento de risco envolve um considerável expertise técnico e científico, o que pode limitar o debate e aumentar o autorreferenciamento do regulador. Contudo, deve-se ter certeza de que, em muitos casos, as evidências técnicas e científicas são ambíguas e as decisões serão baseadas no nível de risco que será aceito pela sociedade – e ela só pode tomar essa decisão por meio do debate aberto e informado.

Por fim, o setor de vigilância sanitária possui um grande desafio para a implementação de suas ações no nível federativo, pois o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária conta com instituições públicas dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Se por um lado a União, por intermédio da ANVISA, possui atribuições legais claras para normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde (lei nº 9.782/1999, art. 2º, inciso III), por outro os demais entes federativos possuem autonomia, assegurada pela Constituição Federal (art. 23), de legislar concorrentemente e definir suas prioridades sobre produção, consumo e saúde. Ainda que as normas de estados e municípios possuam caráter suplementar, essa

situação pode levar a situações de conflito-cooperação federativo, tornando mais complexa a implementação de políticas públicas reguladas pela ANVISA.

O setor de saúde suplementar e os desafios da ANS

A saúde suplementar recebe essa denominação em vista das definições da lei orgânica da saúde (lei nº 8.080/1990). A lei considera que, além do sistema público, existe o sistema complementar, que se acresce ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante contrato ou convênio e reconhece a existência de uma rede de serviços privados que não possui vínculo com o sistema, prestando serviços à população mediante pagamento direto ou por instituições que intermedeiam a relação prestador-consumidor. Essa rede de assistência médico-hospitalar é denominada ‘sistema suplementar’, apesar de, segundo o relatório da OCDE (2008, p. 117), os padrões internacionais classificarem o sistema brasileiro na categoria duplicadora por oferecer coberturas já presentes no sistema de saúde pública.

O setor de serviços de saúde e de cobertura – tanto públicos quanto privados ou mistos – não possui modelos amadurecidos de regulação. Ao redor do mundo, as experiências são muito dinâmicas e cada realidade local apresenta peculiaridades na assistência e nas combinações entre público-privado que tornam difíceis as comparações (FERREIRO; SAAVEDRA; ZULETA, 2004; COLOMBO; TAPAY, 2004). A regulação da provisão privada de seguros e planos de saúde envolve aspectos de regulação econômica e social.

O Brasil não é diferente. A interação entre esses sistemas e a sua regulação ainda são um aprendizado (ALMEIDA, 1998; OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006). Nesse sentido, verificamos que o mercado de planos de saúde enfrenta tanto os desafios decorrentes da peculiaridade de cada situação local como das próprias características gerais dos mercados de seguros privados.

Antes de analisarmos as questões regulatórias específicas da área de planos e seguros privados de saúde, é importante entender como se deu o processo de estabelecimento da atual estrutura regulatória e algumas das características e tendências do mercado brasileiro.

A regulação da assistência médica suplementar começou a ganhar espaço na agenda governamental no final dos anos 1980, “circulando lentamente pelas arenas técnicas e políticas, num processo deliberado de não-decisão durante anos” (ALMEIDA, 1998, p. 38), motivada pela entrada em vigor do Código de Defesa do Consumidor, em 1991, e pelas decisões judiciais que o acompanharam e estabeleceram algumas regras para a resolução da escalada de conflitos entre empresas e consumidores (BRASIL, 2003, p. 21). Inicia-se um longo período de debates e atividade legislativa sobre o setor de saúde suplementar, culminando na promulgação da lei 9.656, de 04/06/1998, e da medida provisória 1.665, reeditada 44 vezes até agosto de 2001 (MP 2.177-44).

Quando foi promulgada, a lei dos planos de saúde estabeleceu que a regulamentação ficasse a cargo do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), cuja composição variou ao longo do tempo, mas não prescindiu dos Ministérios da Saúde, Fazenda e Justiça e órgãos como a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). As atividades de fiscalização, controle e punição das empresas que não seguissem à regulamentação caberiam ao Ministério da Saúde, braço operacional do

sistema. A legislação também previu a criação de um órgão consultivo, a Câmara de Saúde Suplementar, que passou da primeira versão da lei 9.656/1998 até a alterada pela medida provisória 2.177-44, de 21 para 34 membros.

A regulação do setor, assim como a Câmara de Saúde Suplementar, foi assumida pela ANS, vinculada ao Ministério da Saúde. A ANS surgiu com a medida provisória 2.012, de 30/12/1999, posteriormente transformada na lei 9.961, de 28/01/2000, também alterada por medidas provisórias.

O processo de não-decisão até a aprovação da lei dos planos de saúde acabou criando uma divisão entre os contratos existentes no mercado e no próprio papel da ANS em relação ao setor. Assim, existem os contratos posteriores à lei, com suas cláusulas reguladas por ela e pela ANS, e os contratos anteriores a janeiro de 1999, que ficam em um vácuo legal parcialmente suprido pelo Código de Defesa do Consumidor e pela Constituição Federal (SALAZAR; GROU, 2009), porém fora da regulação pela ANS, a não ser onde eles sejam omissos. Assim, a abrangência da regulação da ANS não é total sobre o mercado de planos; ela depende do tipo de plano: individual, familiar ou coletivo (previstos na legislação), além dos anteriores a 1999, conforme o Quadro 3:

Como forma de escapar da regulação de reajustes da ANS, as empresas de planos de saúde têm procurado privilegiar os contratos coletivos. Esse tipo de contrato tem passado por uma acelerada expansão nos últimos anos, ao contrário dos contratos do tipo individual ou familiar, que têm crescido muito lentamente (CREMESP; IDEC, 2007).

Diferentemente dos contratos individuais, os coletivos dão flexibilidade às empresas do setor em relação ao valor do reajuste anual, sendo negociado diretamente com os contratantes, normalmente empresas, associações setoriais ou sindicatos. Além disso, as operadoras podem aplicar reajustes técnicos por aumento sinistralidade. Muitas operadoras deixaram de atuar no mercado de planos individuais, repassando suas carteiras para se concentrarem nos contratos coletivos.

Em termos de mercado, o setor de planos de saúde tende a uma concentração cada vez maior em grandes empresas (CREMESP; IDEC, 2007; PÓ, 2009). Tal fato é esperado, pois a principal maneira de mitigar os riscos é distribuí-los numa escala cada vez maior, mas coloca-se a concorrência como um desafio regulatório premente.

Quadro 3 – Regulação efetuada pela ANS párea cada tipo de contrato

		Tipo de contrato			
		Individual ou familiar	Coletivo	Anterior a 1999	
Tipo de regulação	Econômica	Reajustes	Sim	Não	Não*
		Requisitos para operação comercial	Sim	Sim	Sim
	Padrões de atendimento	Cobertura obrigatória	Sim	Sim	Não*
		Sistemas de informação	Sim	Sim	Sim

* apenas se o contrato não explicitar os termos ou dispositivos.

Fonte: elaborado pelo autor.

Outra tendência verificada é o controle de custos por meio da verticalização do atendimento, por meio de rede médica, laboratorial e hospitalar próprias. Várias empresas têm investido em aquisições de ativos nesse campo (Pó, 2009), o que traz à atenção regulatória temas de qualidade e efetividade do atendimento, já que grande parte da demanda de serviços de saúde são provocadas pelos médicos, que poderão sofrer pressões para reduzir procedimentos e abreviar tratamentos.

Além disso, o setor de saúde suplementar brasileiro é permeado por uma trama complexa de relações público-privadas. As empresas privadas empurrariam os seus clientes para atendimentos pelo sistema público, onerando-o com o custeio dessas despesas, sob a alegação de tratar-se de uma escolha livre do paciente. Muitas vezes, os procedimentos estão entre os mais caros e sofisticados, caracterizando um subsídio do sistema público ao privado. Por isso, como aponta Bahia (2005, p. 12),

o exame das especificidades das trajetórias das políticas de saúde não pode prescindir da reflexão sobre o padrão híbrido e competitivo de financiamento e regulação que organiza simultaneamente o SUS e o mercado privado.

Um sistema impacta o outro.

Se a área de saúde já impõe limitações para uma análise em termos economicistas, o mercado de planos de saúde é ainda mais complexo, pois:

está marcadamente caracterizado por particularidades que lo alejan radicalmente de los supuestos teóricos de un mercado competitivo, tales como la prevalencia de la incertidumbre y las asimetrías de información, el riesgo moral, la selección adversa, el rol inductor de la demanda del médico, el carácter de bien meritorio de la salud y la subsecuente obligación estatal de asegurar cobertura, etc.

Lo anterior, fuerza a concluir que el instrumental analítico de las fallas de mercado clásicas (falta de pluralidad de oferentes o demandantes, bienes públicos, externalidades, asimetrías de información e incompletitud de mercados, altos costos de transacción, etc.) es francamente insuficiente para inferir y fundamentar la regulación de seguros de salud a los niveles efectivamente requeridos, aunque no por ello descartable como una primera aproximación al problema. (FERREIRO; SAAVEDRA; ZULETA, 2004, p. 31).

Porém, ainda que modelos econômicos possuam limites ao serem transplantados para a área da saúde, podemos usá-los como base para analisar alguns dos desafios regulatórios do setor⁶. Dessa forma, as principais questões a serem tratadas pela regulação são a aversão ao risco, a

⁶O referencial teórico apresentado a seguir se baseou em Almeida (1998) e, principalmente, do estudo de Ferreiro, Saavedra e Zuleta (2004), patrocinado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento.

seleção adversa, o risco moral, a seleção de risco, além da assimetria de informação. Essas questões se inter-relacionam, agravando ou mitigando umas às outras.

Um primeiro fator a ser considerado na análise é que no mercado de saúde os consumidores possuem uma forte ‘aversão ao risco’. Essa expressão é utilizada recorrentemente no mercado de investimentos, no qual uma pessoa com aversão ao risco prefere um investimento de retornos baixos e constantes a se arriscar a perdas, em troca de uma possibilidade de ganhos elevados. No caso da saúde, esses riscos estão associados tanto ao aspecto econômico (tratamentos caros e prolongados podem fragilizar financeiramente as famílias) como à própria saúde, que pode ser comprometida pela falta de acesso a tratamentos adequados. A aversão ao risco é agravada pela natural imprevisibilidade da saúde – a pessoa não opta pelo momento de se submeter a um tratamento da mesma forma que escolhe comprar ou não um bem.

Essa situação é agravada no Brasil, onde o atendimento pelo SUS tem uma avaliação negativa por parte da classe média. Assim, a aversão ao risco faz com que os consumidores do mercado de planos de saúde tenham uma alta taxa de fidelização ao serviço, preferindo, em caso de depressão econômica, cortar outros gastos antes de buscar alternativas como planos mais baratos ou o sistema público.

A seleção adversa e o risco moral são questões relacionadas ao comportamento dos consumidores no mercado de planos. A ‘seleção adversa’ é a tendência de que um sistema de seguro seja buscado pelos indivíduos de maior risco, ou seja, aqueles que necessitarão utilizar mais o serviço. Em saúde, isso significaria que entre um indivíduo saudável, que imagina estar sujeito a uma baixa probabilidade de se submeter a consultas e tratamentos clínicos, e outro com problemas de saúde, que imagina necessitar desses serviços com frequência, o segundo contrataria o plano, enquanto o primeiro julgaria que o custo não compensaria os benefícios potenciais. Assim, a seleção adversa levaria a um aumento de custos e, conseqüentemente, de preços, o que reforçaria a tendência dos indivíduos com menor risco – e, portanto, mais lucrativos – de abandonar o sistema.

Várias são as possibilidades de se mitigar esse problema, tais como a avaliação prévia dos indivíduos, necessidade de se cumprir carências, a obrigatoriedade de declaração de condições patológicas prévias à contratação e o chamado *screening*, que consiste na existência de opções de contrato que permitiriam identificar os indivíduos com maior risco. Todavia, a aversão ao risco no mercado da saúde mitiga essa questão, pois mesmo indivíduos com melhores condições de saúde acabam optando, se possível financeiramente, pela segurança de contar com um plano em caso de necessidade.

O ‘risco moral’ é entendido como a mudança de comportamento do consumidor após ter o contrato de seguro, já que uma maior utilização do serviço contratado não implicará em aumentos correspondentes de custos. Tal comportamento se explica economicamente pelo fato de os custos da mudança de comportamento não serem completamente arcados pelo indivíduo, pois serão dispersos por um grupo grande, o que faz com que a utilização do bem seja maior do que

se a pessoa o pagasse diretamente – algo como ‘Já estou pagando mesmo, por que não aproveitar? Se eu não fizer, os outros farão’⁷.

O risco moral é realmente uma possibilidade no caso de planos de saúde, especialmente em relação a consultas e exames. Todavia, os procedimentos mais onerosos, como tratamentos, internações e cirurgias dificilmente se enquadram nesse caso, pois o consumidor não pode selecionar tais serviços sem a anuência de um médico e, mesmo que pudesse, não seria razoável imaginar que teria interesse em se submeter a esses tipos de procedimentos apenas porque tem a oportunidade de usar.

Outra faceta do risco moral deve ser considerada com mais cuidado – a relativa aos prestadores de serviço, como os médicos e hospitais. Esses atores podem recomendar procedimentos e exames além do tecnicamente necessário, seja para abreviar o processo de diagnóstico, seja pela existência de interesses cruzados.

Para atenuar o risco moral, existem alguns mecanismos. No caso dos consumidores, sistemas de copagamento, em todos ou em alguns tipos de procedimentos, são uma solução eficiente para minimizar o risco moral. Já para os prestadores, o encaminhamento do problema pode ser feito via fiscalização, por parte das autoridades públicas contra práticas desleais de mercado, e pelo monitoramento e controle das operadoras. Todavia, nessas situações, caminha-se sobre um limite tênue entre o zelo pelos custos e a interferência indevida, ou até danosa, no trabalho do médico, lembrando-se ainda que, muitas vezes, o processo diagnóstico ou o tratamento são permeados por incertezas⁸.

Por sua vez, as empresas, como forma de proteção – e para aumentar a lucratividade –, podem fazer a seleção de risco, ou seja, criar barreiras à entrada de pessoas com maior risco e elevada taxa de utilização do sistema, como os portadores de doenças crônicas ou os idosos. Nesse caso, verificamos que a regulamentação proíbe a exclusão por patologias, apesar de as empresas poderem impor carências ou agravos⁹. Já no caso dos idosos, verifica-se que as empresas efetivamente procuram exercer a seleção de risco ao concentrar os reajustes por idade nas últimas faixas etárias, encarecendo excessivamente os planos numa época em que a renda costuma diminuir¹⁰.

Por fim, a ‘assimetria de informação’ se manifesta sob diversas formas no setor, principalmente nos casos dos consumidores em relação às empresas. Ferreiro, Saavedra e Zuleta (2004) apontam que, devido à grande assimetria de informação dos usuários quanto aos seus direitos

⁷O exemplo mais recorrente de risco moral ocorre quando um indivíduo, sabendo que a conta de um almoço será dividida igualmente por todos, resolve escolher pratos e bebidas mais caras do que escolheria se estivesse sozinho. Tal fato pode ocorrer tanto por ele querer se aproveitar da situação como por pensar que será prejudicado se não fizer isso e outros fizerem. No final, a conta será maior para todos.

⁸Uma descrição detalhada desses problemas pode ser encontrada no estudo realizado pelo CREMESP e IDEC (2007).

⁹Segundo o relatório da CPI dos Planos de Saúde (BRASIL, 2003), os agravos são raramente oferecidos ou excessivamente onerosos, restando ao consumidor cumprir as carências específicas.

¹⁰As faixas etárias eram 7, entre os 17 e os 70 anos, nos contratos estabelecidos entre janeiro de 1999 e dezembro de 2003. A partir de janeiro de 2004, passaram para 10 faixas, entre os 17 e os 60 anos, por conta do Estatuto do Idoso. O relatório da CPI dos Planos de Saúde (BRASIL, 2003), ainda com as 7 divisões, verificou aumentos médios nas últimas faixas superiores a 70%. Apesar de a CPI recomendar à ANS “que seja proibida a concentração dos reajustes nas últimas faixas etárias” (BRASIL, 2003, p. 210), a regulação continuou permitindo a concentração (vide www.idec.org.br).

e opções, à dificuldade de processar e ponderar tantas variáveis para definir o plano mais adequado ao seu perfil de saúde e à inerente imprevisibilidade, os planos deveriam garantir um rol mínimo de atendimento,

con miras a establecer condiciones em la oferta de los planes que garanticen una cobertura mínima de protección financiera frente a los costos de recuperación de la salud en consistencia y armonía con las prioridades de salud pública socialmente definidas. (FERREIRO; SAAVEDRA; ZULETA, 2004, p. 51).

A mesma observação é referendada pelo estudo de Colombo e Tapay (2004, p. 52) sobre os países da OCDE, em que se afirma que a despeito dos necessários esforços em disponibilizar informações compreensíveis para os consumidores, muitas vezes o excesso de opções de coberturas pode obstruir a capacidade de se fazer escolhas informadas.

Nesse sentido, a despeito de pressões contrárias das empresas do setor, o modelo regulatório dos planos de saúde brasileiros está alinhado com as recomendações internacionais, oferecendo uma razoável cobertura contra os riscos de saúde, e possibilita a comparação das ofertas de diferentes empresas em condições similares. Mesmo assim, esse modelo é alvo de críticas por parte de instituições de defesa do consumidor e entidades médicas por limitar procedimentos (CREMESP; IDEC, 2007).

Em resumo, o mercado de planos e seguros de saúde apresenta um grau elevado de complexidade, que vai das tensões entre o sistema público e privado às diversas falhas de mercado, permeadas por direitos, interesse público e questões morais e éticas. Fica evidente a necessidade de uma ação regulatória firme do Estado para garantir o funcionamento adequado e equilibrado do mercado e os objetivos públicos de acesso à saúde. Exclusões de um sistema acabam impactando o outro – por exemplo, se o sistema privado exclui pessoas com maiores riscos, acaba por ficar com os clientes mais lucrativos e repassar o ônus do atendimento para o sistema público¹¹.

Nesse sentido, Ferreiro, Saavedra e Zuleta (2004) incluem nas áreas de atuação preferencial para a regulação estatal – além das questões já apontadas – o controle de qualidade dos prestadores de serviço, incluindo a qualidade de procedimentos e seus resultados, os incentivos a ações preventivas em prol da saúde e a educação dos consumidores em relação aos seus direitos e modos de exercê-los, ao lado da obrigação de difusão de informação relevante por parte do regulador.

Observações finais

A regulação na área de saúde passa por uma grande diversidade de temas, cada qual com suas peculiaridades e cuidados. Ela necessita de conhecimento e expertise técnico, mas não deve prescindir da participação social, já que a regulação existe para atender aos objetivos da sociedade – a técnica é fundamental, mas nem ela nem os técnicos são oniscientes. Disso e dos princípios democráticos da sociedade brasileira deriva a necessidade de prestação de contas e

¹¹ Interessantes estudos sobre as questões de financiamento entre os sistemas público e privado estão em Bahia (2005; 2008).

de transparência nos processos regulatórios, o que ainda está distante da realidade no regime regulatório da saúde, especialmente em relação à ANS.

Devemos lembrar também que nenhuma regulação é gratuita para a sociedade. Além da possibilidade de as decisões e ações regulatórias imporem ônus injustificados ao setor privado ou aos consumidores, por meio de excessos, distorções ou captura, a atividade estatal implica custos ao contribuinte, e nada mais justo que ela seja utilizada com sabedoria e qualidade nas áreas em que se faz necessária. O mercado é uma grande força para a produtividade, inovação e crescimento, mas nem por isso a sociedade pode abrir mão de se impor a ele, por meio da regulação, de seus valores morais, éticos, de justiça e de equidade. Por essas razões, as questões judiciais são umbilicalmente ligadas ao tema saúde em suas mais diversas variações (SALAZAR; GROU, 2009).

A regulação é um campo de lutas políticas, econômicas, sociais e técnicas. Interesses dos mais diversos confluem em conflitos em cada tema regulado. Nessa arena, os grupos da sociedade civil entram em desvantagem de recursos e devem buscar meios para superar os obstáculos, tendo em vista a necessidade de um entendimento aprofundado da estrutura e dinâmica do mercado e as causas das suas falhas, pois apenas em posse dessas ferramentas podem conseguir qualificar a discussão regulatória. Se os direitos, a moral e a Ética devem ser a base das discussões, a construção do arcabouço regulatório não prescinde do conhecimento específico.

Referências

- ALMEIDA, C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA, 1998.
- ALVES, D.C.; BAHIA, L.; BARROSO, A.F. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 2, p. 279-290, fev., 2009.
- ARANTES, R.B. *Ministério Público e política no Brasil*. São Paulo: Sumaré, 2002.
- BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, set./out., 2008.
- _____. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 9-30, maio/ago., 2005.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. *Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde – Relatório Final*. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Secretaria de Comunicação Social, 1995.
- BRESSER-PEREIRA, L.C. Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Editora 34, 1998.
- COLOMBO, F.; TAPAY, N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. Paris: OECD, 2004.
- CREMESP; IDEC. Planos de saúde: nove anos após a lei 9.656/98. São Paulo: CREMESP/IDEC, 2007.
- FERREIRO, A.; SAAVEDRA, E.; ZULETA, G. Marco conceptual para la regulación de seguros de salud. Washington: Banco Interamericano de

Desarrollo, 2004 (Serie de Estudios Económicos y Sociales).

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A.C. *Finanças públicas: teoria e prática no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

GILARDI, F.; JORDANA, J.; LEVI-FAUR D. *Regulation in the age of globalization: the diffusion of regulatory agencies across Europe and Latin America*. Barcelona: Cidob Edicions, 2006.

GUASCH, J.L.; SPILLER, P. *Managing the regulatory process: design, concepts, issues, and the Latin America and Caribbean story*. Washington: World Bank, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (Idec). *Avaliação das agências reguladoras e órgãos governamentais*. São Paulo: Idec, 2006.

LEVY, B.; SPILLER, P.T. (Eds.). *Regulations, institutions and commitment: comparative studies of telecommunications*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

LOPES, C.D.; LOPES, F.F.P. *Do risco à qualidade: a vigilância sanitária nos serviços de saúde*. Brasília: ANVISA, 2008.

MARTINS, H.F. Reforma do Estado e coordenação governamental: as trajetórias das políticas de gestão pública na era FHC. In: ABRUCIO, F.L.; LOUREIRO, M.R. (Orgs.). *O Estado numa era de reformas: os anos FHC*. Brasília: Ministério do Planejamento/PNUD/OCDE, 2002.

MELO, M.A. A política da ação regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 16, n. 46, p. 56-68, jun., 2001.

MORAN, M. Understanding the Regulatory State. *British Journal of Political Science*, v. 32, n. 2, p. 391-413, 2002.

NORTH, D. Institutions. *The Journal of Economic Perspectives*, v. 5, n. 1, p. 97-112, 1991.

NUNES, E.O. et al. *Agências reguladoras e Reforma do Estado no Brasil: inovação e continuidade no sistema político-institucional*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

OCKÉ-REIS, C.O.; ANDREAZZI, M.F.S.; SILVEIRA, F.G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? *Revista de Economia Contemporânea*, v. 10, n. 1, p. 157-185, 2006.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *Brasil: fortalecendo a governança para o crescimento*. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2008.

PELTZMAN, S. The economic theory of regulation after a decade of deregulation. In: WINSTON, C.; BAILY, M.N. (Eds.). *Brookings papers on economic activity: microeconomics 1989*. Washington: Brookings Institution Press, 1989.

Pó, M.V. *O jogo regulatório brasileiro: a estabilidade contratual para além da autonomia das agências*. Tese (Doutorado em Administração de Empresas). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009.

Pó, M.V.; ABRUCIO, F.L. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. *Revista de Administração Pública*, v. 40, n. 4, p. 679-698, jul/ago, 2006.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agent x principal. In: BRESSER-PEREIRA, L.C.; SPINK, P. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

SALAZAR, A.L.; GROU, K.B. *A defesa da saúde em juízo: teoria e prática*. São Paulo: Verbatim, 2009.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SCHNEIDER, B.R. *Burocracia pública e política industrial no Brasil*. São Paulo: Sumaré, 1994.

STIGLER, G.J. The theory of economic regulation. In: STIGLER, G.J. (Ed.). *Chicago studies in political economy*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988. p. 209-233.

WILSON, J.Q. *Bureaucracy: what government agencies do and why they do it*. Nova York: Basic Books, 1989.

WOOD, B.D.; WATERMAN, R.W. *Bureaucratic dynamics: the role of bureaucracy in a democracy*. Boulder, CO, USA: Westview Press, 1994.

Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21

Amélia Cohn

O debate que vem se dando atualmente em torno das políticas de saúde no Brasil está, em geral, pautado por dois grandes temas centrais: a racionalização econômica na gerência dos recursos e os limites para os avanços reais das propostas originais da Reforma Sanitária brasileira dos anos 1970 e 1980. Este seminário, organizado pelo Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES) e instituições parceiras, foge à regra: sua preocupação é focar os pontos cruciais que merecem maior atenção para que consensos e dissensos sejam alcançados de forma qualificada – porque fundamentada em estudos e análises sobre a relação público/privado no setor da saúde – e permitam, com isso, construir linhas de ação política em defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) sem, no entanto, desconhecer a realidade e a complexidade atual do sistema de saúde brasileiro.

Por outro lado, há de se convir que é recente a “onda” em voga de estudos da comunidade da Saúde Coletiva voltados ao setor privado da saúde, já que a agenda do reforço e da defesa do setor público e do SUS monopolizava a atenção dessa comunidade e até estigmatizava aqueles que ousavam, já nos finais dos anos 1990 e início desta década, estudar o subsistema privado da saúde no país. Mais recente ainda são os estudos desse subsistema e da articulação entre os subsistemas público e privado da saúde (seja lá o que entendamos por ambos, como se verá à frente) da perspectiva da economia política da saúde. Nesse sentido, há de

se ressaltar a oportunidade deste seminário e desta publicação por promoverem um debate entre sujeitos que ocupam distintos postos e posições no setor com distintas perspectivas, possibilitando um diálogo na área da saúde que, pela nossa tradição e trajetória, sempre foi extremamente rarefeito.

Da opacidade social e suas consequências para o SUS

Em tempos de globalização econômica com crise global das economias, geralmente as análises recaem sobre os polos da iniquidade e da focalização das políticas sociais (na qual se inclui a da saúde) e da exclusão social. Não resta dúvida que, no caso brasileiro, o que conta é que se enfrenta a globalização e a crise global da economia num marco de uma sociedade fraturada por profundas desigualdades sociais, de caráter estrutural, às quais se somam as “novas desigualdades sociais”, fruto desse processo econômico mais recente.

No entanto, é também verdade que, se há uma crise dos padrões atuais de regulação social capitalista, que gera tanto a desigualdade quanto a exclusão social via mercado, como também uma crise dos padrões de gestão controlada desse sistema de desigualdade social e de exclusão social, e que associadas configuram os limites da emancipação possível no interior do próprio capitalismo dos setores subordinados da sociedade, isso também gera um novo padrão de coesão social nos moldes capitalistas por meio de integração social não mais subordinada ao trabalho, mas via consumo.

É nesse contexto que se impõe a necessidade de enfrentar a questão dos princípios da Reforma Sanitária, formulados nas décadas de 1970 e 1980, e calcados em grande medida na concepção ainda de um Estado desenvolvimentista, da equidade, da universalidade e da inclusão social, exatamente quando os padrões de regulação social desde então já não ocorriam mais pela integração social através do trabalho (tal como aquele classicamente conhecido na sociedade salarial), mas via consumo, por meio de propostas de satisfação de algumas necessidades sociais básicas selecionadas – os bens de consumo coletivos – sempre entendidos ou equacionados como mercadorias.

A tendência é prevalecer, então, não mais uma relação entre Estado e cidadãos, crivados em classes sociais, mas, coerentemente com a defesa do Estado mínimo, um padrão de relação entre Estado e pobres, concebidos como uma massa indiferenciada de excluídos. Fitoussi e Rosanvallon (1996) registram que nos países centrais se vive ainda numa sociedade fortemente diferenciada, na qual as desigualdades sociais, apesar de não terem a magnitude do passado, ainda são acentuadas, ocorrendo, no entanto, um processo de crescente fragmentação dessa diferenciação, o que provocará, nos sujeitos sociais, um sentimento de que se passa de uma ‘diferenciação social dura’ para uma ‘diferenciação social fluida’, dificilmente passível de uma codificação precisa e que resulta em uma opacidade social. Isso, segundo eles, demanda que se distingam as desigualdades sociais herdadas do passado (as estruturais) das novas, qualificadas por eles como ‘dinâmicas’, e que, por sua vez, diz respeito a uma heterogeneidade de situações dos agentes econômicos no interior das categoriais sociais tradicionais.

Em nossa realidade, esse processo ocorre de forma paradoxal. De um lado, ao se resgatar o velho tema da marginalidade social dos anos 1970, que tinha como eixo central a característica de determinados segmentos sociais se inserirem de forma intermitente no mercado de trabalho, em geral informal, atualmente, em que pese o aumento tímido frente à disponibilidade de força de trabalho, porém consistente, de empregos com carteira de trabalho assinada, evidencia-se que uma parcela crescente da população não tem como ser socialmente incluída via trabalho, e segundo análise de Fiori (1995), assumindo em consequência a forma de exclusão pura e simples, uma vez que não têm como ser globalizadas. Assim, na nossa realidade, não só passa a existir uma realidade social ‘fluida’ – dos ‘sem trabalho’ porém com distintos níveis de renda e graus de capital humano – como, e sobretudo, passa-se a ter uma realidade social crivada por uma fragmentação e uma diferenciação ‘duras’ na medida em que a separação entre incluídos e excluídos passa a ser crescentemente concebida socialmente como um estado social dado.

Em consequência, é no contexto dessa opacidade social, fruto em nossa realidade de uma fratura social clara mesclada com uma fluidez tão confluyente com o ‘homem cordial’ de Sergio Buarque de Hollanda, que as questões da equidade e da universalidade na saúde, duas faces da mesma moeda, são alçadas num primeiro momento na dimensão ética e moral. Isso porque se ela não implica eliminar todas as desigualdades em saúde, implica necessariamente eliminar aquelas que são resultado de fatores considerados evitáveis e injustos, sendo portanto sempre referidas a algum princípio de justiça. E, num segundo momento, alça-se a questão da equidade e da universalidade na dimensão do padrão de inclusão social prevalecente na sociedade, fruto do contrato social vigente.

Se até o final dos anos 1980 prevalecia, no mundo ocidental, a concepção de Estado Providência, fundado num padrão de solidariedade social baseado na mutualização crescente dos riscos sociais de forma que ele se identificasse com uma espécie de ‘sociedade seguradora’, contemporaneamente assiste-se a uma separação progressiva desses dois universos: o do seguro social e o da solidariedade social. Nesse sentido, não se trata mais de um Estado Providência ‘compensatório’, fundado no princípio da dissociação entre o econômico e o social (Estado Passivo Providência), mas da necessidade de, por meio da sua refundação intelectual e moral, como defende Rosanvallon (1995), explorar formas que possam fundar um Estado Ativo Providência, para encontrar caminhos e possibilidades de se construir o que poderia vir a ser um novo direito – o direito à inserção – ou inclusão – social.

Mas se, em que pesem todas as transformações recentes no modo de acumulação e crise global do capitalismo, a natureza da indissociabilidade da relação entre as esferas econômica e social for reafirmada e, em consequência, for claramente constatado que nem o mercado nem o Estado têm sido capazes de criar novas atividades sociais que promovam a inclusão social dos ‘velhos’ e dos ‘novos’ excluídos, cabe ao Estado redefinir suas funções enquanto um Estado Ativo Providência. Isso implica que ele assuma, agora, não só o papel de redistribuidor por excelência de recursos da sociedade, mas também a tarefa de prover determinados serviços e benefícios que permitam o acesso de cada cidadão aos benefícios e serviços essenciais, para ter condições

de decidir autonomamente sobre o seu destino e ter acesso a fontes de renda que lhe permitam níveis dignos de sobrevivência. E se isso implica profundas reformulações não só da noção de direitos sociais, como da própria função do Estado e da prática de justiça social, implica também que se tenha clareza, no caso da saúde, o foco de atenção aqui, sobre os princípios, diretrizes e objetivos que devem reger a regulação do setor privado na provisão e na prestação de serviços num país que tem o SUS como pilar central do seu sistema de saúde. Assim, não é trivial, hoje, a indagação: como se deve dar essa relação entre mercado e Estado na provisão e prestação de serviços de saúde e na garantia da inserção social dos sujeitos sociais, já que suas lógicas, por princípio e definição, são tão díspares?

Ademais, acrescenta-se a isso a questão das clientela específicas de cada um dos subsistemas de saúde – o público e o privado. Vêm daí as implicações do fenômeno da opacidade social das sociedades contemporâneas – e a especificidade brasileira acima apontada – bem como suas consequências para o SUS. Nos anos 1970 e 1980, pensava-se o público como o estatal, vale dizer, subentendia-se o SUS como um sistema fundamentalmente estatal de saúde, havendo enormes divergências quanto ao caráter e à natureza da participação (ou mesmo a não-participação) do setor privado de assistência médica naquele sistema. A partir dos anos 1990, com sua implantação, ficou evidente não só a fatia que cabe ao setor privado prestador de serviços de saúde no interior do SUS, como também a fatia do mercado privado da saúde que, durante toda aquela década, correu praticamente solta, regida por suas próprias leis. No entanto, crescentemente as clientela se misturam e se entrecruzam por meio de vários mecanismos, desde subsídios cruzados perversos até estratégias de conquista de fatias de mercado das provedoras, que vão progressivamente se dirigindo para os segmentos de renda mais baixa, reproduzindo-se, também na área da saúde, essa opacidade social em que mesmo a clivagem ‘acesso à atenção à saúde ou à assistência médica’ dificilmente passa a ser um fator de discriminação eficiente das clientela SUS e não-SUS.

O público e o privado na saúde: a nova ‘caixa preta’

Em publicação de 1983, tornada clássica na nossa área, Asa Cristina Laurell demonstra analiticamente e com dados a existência de uma relação entre o processo social e o processo saúde-doença, referindo-se à natureza dessa relação como uma ‘caixa preta’. Resgata-se, aqui, a mesma expressão para qualificar a ‘natureza’ da relação entre o subsistema público e o subsistema privado que compõem o sistema de saúde brasileiro. Mas também para nomear a ignorância que se tem sobre a lógica de acumulação do setor privado do complexo médico hospitalar, de natureza filantrópica ou não, e do complexo médico industrial da saúde, e do papel que exerce essa articulação entre os dois subsistemas nesse processo.

Em outras palavras, o grau de conhecimento atual sobre esse setor privado da saúde e, conseqüentemente, sobre a articulação entre ambos os setores, é extremamente escasso, não permitindo deslindar, do ponto de vista da economia política da saúde, a lógica maior que rege o sistema de saúde brasileiro e, por conseguinte, propor uma política mais harmônica e coerente

com os princípios e diretrizes do SUS de regulação do sistema como um todo e de ambos os subsetores de forma minimamente articulada. O que fica claro é a ausência de acúmulo de conhecimento na área que permita desvendar os intrincados liames que tecem a articulação em rede dos interesses privados e do setor público estatal da saúde, que também acabam por possibilitar um padrão de rentabilidade e sustentabilidade àquele (por vezes sob o discurso de que, como trabalha com uma grande capacidade de escala, ele pode colaborar com o setor público para complementar a oferta, desconhecendo as distorções nas distribuições dos serviços frente às necessidades da população, por exemplo), e de poupança de investimentos em infraestrutura por parte deste num momento de contensão de recursos fiscais e em que a prioridade se torna a extensão da atenção básica em saúde. Isto dentre muitos outros fatores. No entanto, essa ‘caixa preta’ ainda demanda ser deslindada, e com urgência, para que se possa avançar em propostas efetivas na busca de possibilidades de relações virtuosas entre o público e o privado na saúde, partindo-se de evidências bem fundamentadas que isso seja possível. Portanto, a primeira premissa desta seção é que, embora existam numerosos e competentes estudos sobre o sistema privado da saúde e mesmo do sistema público, do ponto de vista da economia da saúde, não são suficientes para deslindar a ‘caixa preta’ acima referida.

No entanto, há que se ter clareza de uma segunda premissa da qual se parte nesta seção: a partir da segunda metade da década passada, cada vez de forma mais nítida, o SUS, em consequência das políticas de saúde que vêm sendo adotadas, tem caminhado no fio da navalha: de um lado estaria o lado virtuoso, dos princípios que o inspiraram e fundamentaram; de outro, a dura realidade dos estrangulamentos fiscais e orçamentários, da presença de um forte setor privado da saúde, de um complexo médico industrial de ponta, e do confronto entre o ideário que inspira a formulação das políticas de saúde e a realidade de sua implementação.

Tomemos como exemplo a Estratégia Saúde da Família (inicialmente denominado Programa Saúde da Família). Formulada como um programa estratégico de mudança do modelo de atenção à saúde com ênfase na atenção primária, em implementação desde o final da primeira metade dos anos 1990, ela se aproxima perigosamente, em termos de organização institucional e de sua implementação de fato, do que seria a proposta do ‘pacote básico de saúde’ tão preconizado por parte dos organismos multilaterais para países emergentes e pobres da periferia do capitalismo. Em termos de conteúdo de propostas e diretrizes que dão sentido à organização institucional, ela se coaduna perfeitamente aos princípios e diretrizes do SUS, embora hoje isto esteja distante de ocorrer, sobretudo no que diz respeito à integralidade da atenção à saúde, à diferenciação imposta pelas realidades socioeconômicas tão diversas de um país como o Brasil, para não mencionar as áreas metropolitanas. E mais, traz consigo uma outra dimensão do público e do privado – como vem sendo a tendência das demais políticas setoriais na área social – que é o embaçamento dos limites entre as esferas privada e pública da vida social dos indivíduos e dos cidadãos, o Estado invadindo a sua privacidade por meio das Agentes Comunitárias de Saúde, que adentram suas casas e normatizam seu cotidiano da vida privada, que só a eles lhe diz respeito (COHN, 2009).

Torna-se evidente que nessa relação público/privado, para além da dimensão social propriamente dita, onde se evidencia um crescente embaçamento dos limites entre o público e o privado nos mecanismos de regulação social até então relativamente bem delineados em termos de quais aqueles são pertinentes a cada uma dessas esferas, com a própria implementação do SUS, com o avanço tecnológico e científico na área da saúde e sua incorporação na assistência, bem como suas consequências no processo de acumulação de capital do subsistema privado de saúde (lucrativo e não-lucrativo), a relação entre esses subsistemas público e privado de saúde torna-se cada vez menos óbvia e mais complexa e, portanto, uma caixa preta que precisa ser desvendada.

Assim, urge incorporar na agenda da pesquisa da nossa comunidade – para orientar políticas de saúde que retomem de forma consequente as diretrizes e os princípios fundamentais da Constituição de 1988 – desvendar a lógica de acumulação do subsistema privado de saúde, lucrativo e não-lucrativo que emerge dessa relação e dessa articulação com o SUS, na medida em que esses subsistemas são só formalmente independentes.

E na esteira desse foco de preocupações, voltar a repensar o que vem a ser o setor público na área da saúde nos tempos atuais. Se na época da Reforma Sanitária se restringia o público ao estatal, hoje o que é ‘estatal’ adquiriu um grande leque de conformações de distintas naturezas, com distintas consequências, que certamente terão seus reflexos na articulação entre o público e o privado e a questão da acumulação. Não há como desconhecer, no interior do aparelho de Estado, e em particular na área da saúde, uma segunda onda de privatização da saúde que diz respeito à transposição da lógica privada de mercado para a gestão do setor público de serviços de saúde, confrontado com uma baixa capacidade de regulação do Estado, tanto do setor privado, o que vem sendo comprovado durante toda a década atual, como do setor público, um de nossos déficits históricos mais antigos e mais resistentes a mudanças dada a herança patrimonialista do Estado brasileiro. Raymundo Faoro analisa esse fenômeno de forma magistral.

Por outro lado, reforça-se a necessidade de nos debruçarmos para desvendar e dissecar com urgência o fato de estar havendo, nos anos recentes, uma epidemia de ‘fundacionalização’ e de ‘filantropização’ das instituições públicas e privadas de saúde ao mesmo tempo em que as operadoras de saúde estão se voltando com apetite para os segmentos C e D do mercado, o que provocará um processo ainda maior, a curto prazo, de segmentação e fragmentação do setor e da clientela.

Perguntas que não querem calar e para as quais não tenho respostas...

Os dois subsistemas de saúde – público e privado – são só formalmente independentes entre si, como mostram os inúmeros estudos a respeito. Dizem-se e comportam-se como um sistema de saúde dual, quando na realidade é via SUS em grande medida que o subsistema privado (incluindo todo o sistema de saúde ou o complexo industrial da saúde, isto é, toda a cadeia produtiva), de forma direta ou indireta, viabiliza a reprodução de capital por meio

de lógicas e mecanismos ainda a serem desvendados na sua intimidade. Nesse sentido, é de se perguntar se a Reforma Sanitária, ou os seus princípios e diretrizes, mesmo que atualizados para os tempos atuais, não espera muito da regulação do setor suplementar da saúde, e da Agência Nacional de Saúde (ANS), restrita às operadoras? Seria possível ter apenas uma regulação, ou melhor dizendo, uma modalidade de regulação para todo o sistema de saúde brasileiro, tratando indiferenciadamente mercado e SUS?

Tais questões têm fundamento em análises como as de Majone (1996), que tem posição de destaque no debate europeu sobre o tema, e que aponta que o denominado “compromisso regulatório” imprimiria a necessária previsibilidade de mercado para que os agentes econômicos tomem suas decisões em situações de segmentação do processo democrático promovido pelas democracias representativas. E esse seria o sentido das agências reguladoras independentes. Mas, mais do que isso, a missão das agências de regulação é exatamente a de aperfeiçoar os mercados imperfeitos – porque assimétricos, o que deve ser imediatamente contraposto à lógica do SUS, que é distributiva.

Deriva disso uma outra pergunta: embora restrita às operadoras, o que difere a ação da ANS das ações das instituições e organizações dedicadas à defesa do consumidor? Sua natureza de agência? Até onde poderia ir além do que faz, até pela sua particularidade institucional, até onde essa sua particularidade lhe impõe limites sobre o que deveria ser seu campo de atuação?

Qual a distinção entre o padrão de regulação da área da saúde, e portanto da ANS como uma experiência de quase uma década, e da regulação de outros setores produtivos e de serviços, e de outras agências de primeira geração, criadas para os setores que foram privatizados e que seriam basicamente executoras? E que vinculavam, algumas delas, o que não é o caso da ANS, desde o início o compromisso de universalizar a cobertura dos serviços prestados a que se destinavam?

Finalmente, a questão da representação e da autonomia dos órgãos de regulação. Estão presentes desde o risco da captura até a efetividade das instâncias, dos colegiados e dos mecanismos de consultas públicas nos processos de tomada de decisão. Tal como nos Conselhos de Saúde, parte-se do pressuposto de que o somatório dos interesses particulares resulta no interesse geral, que fundamenta a decisão tomada no processo de regulação.

Mas o que fica evidente mesmo é a ausência de uma política estatal de regulação da saúde, seja ela do subsistema público (estatal, com a diferenciação que hoje ele apresenta) ou do subsistema privado (lucrativo e filantrópico, frequentemente convivendo na mesma instituição), o que certamente vai de encontro à retomada da conquista da saúde como um direito, em que pese o avanço dos indicadores sociais no país nos últimos anos. Pois esses avanços ocorrem sem que tenha havido o desbloqueio dos constrangimentos estruturais que explicam as desigualdades de longo termo que prevalecem em nossa sociedade. E não há dúvida de que, nesses últimos anos, a saúde vem clamando por novo fôlego e novos ares para que se renove e retome a vanguarda na área social que vem perdendo a passos largos para outros setores.

Referências

COHN, A. (Org.). Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias. In: COHN, S.; NAKAMURA, E.; GUTIERRES, K. *De como o PSF entrecruza as dimensões pública e privada da vida social*. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2009. p. 141-167.

FIORI, J. L. *A governabilidade democrática na nova ordem econômica*. São Paulo: IEA/USP, 1995. Coleção Documentos. Série Teoria Política 13.

FITOUSSI, J. P.; ROSANVALLON, P. *Le nouvel âge des inégalités*. Paris: Seuil, 1996.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (Org.). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. Textos 3. São Paulo: Global Editora, 1983. p. 133-158.

MAJONE, G. *Regulating Europe*. Londres: Routledge, 1996.

ROSANVALLON, P. *La nouvelle question sociale: repenser l'État-providence*. Paris: Seuil, 1995.

O impacto da crise econômica na saúde

Claudio Salm

A dimensão

Que a crise é grave já sabemos, basta passar diante de uma banca de jornal. Trata-se de uma crise mundial da qual nenhum país escapa. A essa altura ninguém mais acredita que a crise aqui não passará de uma “marolinha”. O que não sabemos é por quanto tempo irá perdurar, se haverá uma recuperação rápida (o que não parece provável), se a economia irá arrastar-se por muito tempo oscilando em torno a taxas baixas de crescimento ou até se teremos uma depressão. Enfim, não é uma crise localizada nem é uma recessão usual. Mais grave que a crise de 1929 porque esta é realmente mundial.

Tempos de crise são fecundos em debates e críticas a respeito da trajetória seguida e em formulações de estratégias alternativas como foi o caso da crise dos anos 1930 que produziu entre nós a opção pelo nacional-desenvolvimentismo. Movimento semelhante apenas começou e é certo que ganhará vigor. Este seminário sobre o público e o privado pode ser entendido como parte do debate que se prenuncia.

Mas é normal também a circulação intensa de teses e propostas grandiloquentes, utópicas, do tipo: “É o fim do capitalismo; só existe saída no socialismo”, ou “precisamos voltar à vida rural, aprender a plantar sem agrotóxicos e viver em comunidades que prescindam de dinheiro”, e por aí vai.

Não tenho nada contra altos voos especulativos, nem contra as utopias, embora confesse que me irritam um pouco os que leram algumas páginas do *O Capital* e, portanto, já sabiam (sic) que a concentração e centralização do capital, a elevação da taxa de exploração em escala mundial, só poderia mesmo desembocar na crise. “Eu não disse, não avisei? Pronto, táí, deu no que deu”. É lugar comum nessas análises responsabilizar a má distribuição de renda pela crise. Que estávamos assistindo a um processo de concentração de renda a nível mundial, é correto, mas daí a estabelecer uma conexão imediata com a eclosão desta crise, é errado.

Dizer que todos os que criticaram o neoliberalismo e a globalização – especialmente a globalização financeira – sabiam que a crise viria, e com a virulência que veio, é igualmente falso.

Mas, se serve de consolo, os economistas ortodoxos também andaram às cegas. A imensa maioria desses economistas sequer examinava a hipótese de uma inflexão. Simplesmente não estavam mais preparados para isso. Modelos econômicos capazes de embutir comportamentos cíclicos nem eram mais discutidos nas Universidades, pelo menos não naquelas que formaram os quadros mais requisitados desde Ronald Reagan e Margareth Thatcher. Não deixa de ser irônico que economistas mais velhos e experientes, como Allan Greenspan, o poderoso ex-presidente do FED, também foram pegos de calças curtas. Alguém reparou que muitos dos economistas neoliberais ganhadores do prêmio Nobel estão num mutismo absoluto e os que mais estão se manifestando são economistas como Krugmann e Stiglitz, que nunca embarcaram no fundamentalismo de mercado.

Não é um problema só dos economistas. Que eu saiba nenhum cientista político previu a queda do Muro de Berlim ou o derretimento da URSS. Vocês, profissionais da saúde, especialmente os dedicados à Saúde Pública, também devem ter histórias sobre pandemias que poderiam ser previstas e não o foram.

É verdade que alguns grandes economistas, entre eles Marx, construíram boas teorias sobre a natureza intrinsecamente instável do capitalismo, como também é verdade que a hegemonia do pensamento neoliberal ao longo das últimas décadas nos afastou do pensamento desses economistas (como Minsky, por exemplo, um eminente keynesiano), e fez com que o discurso sobre a autorregulação dos mercados ganhasse os corações e mentes. De repente, com a crise, ninguém mais fala nisso e o apelo à intervenção governamental e a exigência de uma regulação mais efetiva dos mercados financeiros aparecem como o novo senso comum.

Nós assistimos à implosão do socialismo realmente existente e agora assistimos à derrocada do capitalismo liberal. Na verdade ninguém sabe exatamente como sair dessa crise, muito menos o que poderá resultar dela. São muitas as especulações a respeito e acredito que muita coisa deve e pode mudar na formação capitalista que emergirá da crise. Tendo a concordar com Eric Hobsbawm quando prevê que o futuro nos reserva uma economia mista, um novo arranjo entre público e privado, entre o estado e o mercado que não mais poderá se comportar como essa mula sem cabeça em que o neoliberalismo o transformou. Concordo também com Ignácio Ramonet, que uma nova ordem econômica mundial, mais justa, menos poluidora, só será possível se a nova regulação for construída com a participação de um número muito maior de países do

que os que compõem G-8 que até então davam as cartas. O G-20 já aponta nessa direção. Mas reconheço que dizer isso é muito pouco. Prefiro, entretanto, não enveredar por especulações a respeito do futuro.

Repito, até admiro os que a elas se dedicam, mas penso que esta reunião não foi organizada nem para ser uma tertúlia nem para redigir um manifesto ou um programa partidário. Vou me ater, portanto, enquanto o bom debate não amadurece, às explicações para esta crise oferecidas por economistas que respeito muito¹ e ao que tem sido proposto pelos que detêm o poder de fazer, o que poderá ser frustrante ou árido para muitos de vocês.

Origens e natureza

Como disse, economistas da velha e boa tradição, como os keynesianos, já alertavam para a instabilidade inerente ao capitalismo. Em essência, ao longo de um período mais ou menos prolongado de crescimento, a euforia gerada pela valorização dos ativos, reais e financeiros, faz com que os agentes econômicos em geral aceitem riscos crescentes. O sistema financeiro relaxa os critérios para a concessão de crédito e apoia operações cada vez mais arriscadas, principalmente quando existe grande liquidez e juros baixos.

Esta é a base da explicação keynesiana para a expansão do crédito imobiliário nos Estados Unidos, do financiamento das hipotecas *subprime* (créditos concedidos a mutuários de alto risco) que, ao darem sinais de inadimplência, deflagraram a crise atual. Cabe informar que as transações com títulos imobiliários são o segundo maior mercado financeiro americano, superado apenas pelos títulos do Tesouro.

A crise começou com os *subprime*, é verdade, mas temos que levar em conta o contexto. Enquanto o comércio mundial crescia a taxas em torno dos 8% a.a., os preços das *commodities* subiam beneficiando tanto os especuladores como os países emergentes, a nós inclusive, além de servir para corroborar as alardeadas maravilhas advindas da abertura comercial e da globalização financeira. Nessas circunstâncias, para que se preocupar com os desequilíbrios?

Quais desequilíbrios? Déficits americanos, superávits asiáticos. Os enormes e crescentes excedentes comerciais dos emergentes asiáticos, da China especialmente, fluíram para os Estados Unidos e financiaram a farra do consumo americano. Nada foi feito para corrigir os desequilíbrios, ao contrário, as autoridades monetárias foram lenientes em relação aos critérios para a concessão de créditos diante de tanto dinheiro – barato! – entrando nos Estados Unidos. Os agentes financeiros, como previsto, passaram a assumir riscos crescentes, enquanto as agências avaliadoras de risco – as *Standard & Poor* da vida – afiançavam os papéis de dívida com excelentes notas.

Os primeiros sinais de insolvência dos títulos *subprime* surgem já em 2006. Títulos podres ou “tóxicos”, embrulhados (“securitizados”) com outros papéis foram vendidos ao redor do mundo. Diante da desconfiança que começa a surgir desde então, os investidores se retraíram

¹Entre vários, penso em Luiz Gonzaga Belluzzo, Delfim Netto, Maria da Conceição Tavares, Fernando Cardim, Yoshiaki Nakano, Bresser Pereira e José Serra. Entre os estrangeiros cito Krugmann, Stiglitz, e os não economistas Eric Hobsbawm e Ignácio Ramonet.

e sobreveio a crise. Em 2007 pacotes estruturados/securitizados contendo *subprimes* tiveram suas avaliações de risco rebaixadas, o que contaminou tudo e gerou a desconfiança geral. Com a desvalorização dos ativos, os bancos foram forçados a retrainir o crédito, o que bateu no lado real da economia formando o círculo vicioso descendente. O comércio internacional foi profundamente afetado pela falta de crédito, o que vai impactar mais fortemente as economias mais abertas como as europeias e, dentre essas, as mais endividadas em moedas fortes como as do Leste europeu.

O nosso caso era mais favorável. Temos um coeficiente de abertura – exportações e importações em relação ao PIB – relativamente baixo; o *boom* dos preços das *commodities*, bem como a enxurrada de capital especulativo que entrou aqui, permitiu que acumulássemos reservas – algo como 200 bilhões de dólares; reduzimos drasticamente nossa dívida externa e diminuimos o peso da dívida interna, o que permitiria uma folga para a expansão do gasto público; nosso sistema bancário, além de ter-se mantido razoavelmente saudável, conta ainda com um forte segmento estatal que tem garantido algum nível de empréstimos; não é elevado o endividamento das empresas brasileiras junto ao sistema financeiro privado (em média, este endividamento representa apenas algo como 20 a 30% do financiamento das empresas). Cabe também assinalar que transferimos um montante não desprezível de renda para as camadas mais pobres através da Assistência Social e do Bolsa família, o que garante um patamar mínimo de demanda por bens de consumo. Essas são algumas das razões que permitem dizer que a situação da economia brasileira não era das piores diante de uma crise de graves proporções como a crise mundial atual.

Dezembro de 2007 foi o auge do nível de emprego nos Estados Unidos, de lá para cá, a queda. A festa tinha acabado. O sistema financeiro paralisou, o crédito secou e sem crédito não há produção, caem lucros e renda do trabalho pelo desemprego, realimentando a crise. Ela não tem origem, portanto, numa insuficiência de demanda, mas sim do crédito; resultou da quebra do sistema financeiro internacional. Deixar quebrar grandes bancos não é solução, embora agrade a pequenos burgueses raivosos. Deixar quebrar o Lehman Brothers, em outubro de 2008, foi um grande erro, talvez o maior de todos que levaram à deflagração da crise. Como se diz, certos bancos são grandes demais para quebrar. Essa crise, portanto, não é da Coreia, da Rússia, da Argentina, do México ou do Brasil. Ninguém está a salvo da crise mundial, e busca-se agora fazer com que volte a funcionar o mercado de crédito, sem o quê não há saída.

O combate à crise

Minha intenção aqui não é fazer uma análise detalhada das várias propostas feitas até aqui como, por exemplo, a de tentar salvar os bancos através de alguma fórmula que permita a comercialização dos títulos podres, mas enfatizar as dificuldades para se encontrar uma saída coordenada para a crise.

Ao contrário da grande crise de 1929, desta vez os governos dos países centrais reagiram prontamente e de forma vigorosa, ainda que atabalhoada, sem coordenação entre os países e

sem maiores resultados até agora. A queda na taxa de juros, por já estar próxima de zero em muitos países, não é capaz de produzir efeito algum. As propostas de estímulos fiscais, seja pela redução de impostos, seja pelo aumento do gasto público, aparecem como morosas e insuficientes, apesar das cifras astronômicas.

Na reunião de 2 de abril do G-20 em Londres buscou-se uma saída coordenada e as principais propostas foram: restabelecer o crédito, principalmente o crédito para o comércio internacional, nem que fosse através da estatização, ainda que temporária, de parte importante do sistema bancário. Portanto, às favas com a ideologia liberal. Novos e substanciais recursos – mais de um trilhão de dólares - para restabelecer o crédito destinado a financiar o comércio. Recuperar e sustentar a demanda agregada (o gasto efetivo das famílias, das empresas, do governo), principalmente, mas não só, através do aumento do investimento público em obras de infraestrutura devido ao grande poder de irradiação que elas têm sobre o resto da economia. Concretamente, forte expansão dos gastos fiscais, algo como US\$ 5 trilhões, proposta essa que não contou com o entusiasmo dos europeus. A União Europeia, aliás, parece estar se esfarelando, para usar uma expressão de André Glucksmann.

E, para tentar evitar novas crises no futuro, foi proposto estabelecer nova regulação para o sistema financeiro e supervisão internacional, inclusive dos fundos de investimento não-bancários (os grandes responsáveis pela crise e até hoje livres de qualquer regulação) e das agências de classificação de riscos; fixar limites para a alavancagem (o volume de empréstimos que os bancos fazem em relação ao capital de que dispõem), acabar com os paraísos fiscais, fortalecer e flexibilizar o FMI.

Muitos aplausos, muitos sorrisos, mas os céticos nos advertem quanto a vários problemas. Menciono alguns.

Primeiro, não basta enfiar centenas de bilhões de dólares nos bancos, como os Estados Unidos tem feito. Enquanto os bancos não recuperarem a confiança em seus tomadores, inclusive e principalmente nos outros bancos - quanto das garantias oferecidas não passa de créditos podres? -, o crédito não volta. Fala-se na existência, hoje, de algo como quatro trilhões de dólares em títulos “tóxicos”! Os bancos, diante das incertezas, preferem a liquidez, como comprar títulos do tesouro americano.

Quanto à regulação do sistema financeiro mundial, ela implica uma supervisão sistemática das operações dos gigantes financeiros por uma autoridade mundial. Estarão as instituições financeiras dispostas a abrir suas operações de forma transparente à supervisão e à fiscalização? Supondo que já tivéssemos uma boa regulação, será que os fundos de investimento teriam aberto seus pacotes estruturados para mostrar aos fiscais seu conteúdo antes de vendê-los mundo afora? E teremos fiscais honestos e competentes na quantidade requerida? E se tivermos, terão eles a autoridade necessária para intervir, para impedir operações que estimem demasiado ariscadas? Como fica o poder judiciário diante disso? Mas, antes, haveria um tribunal financeiro internacional com poderes para julgar as reações nacionais às fiscalizações? Depois da reunião do G-20, foi noticiado que o Reino Unido e a Espanha se opõem a uma autoridade transnacional

para monitorar bancos e instituições financeiras. Temem pela perda de soberania. Enfim, será possível montar uma regulação e uma supervisão adequadas em escala mundial? Acho difícil.

Por enquanto, a despeito da reunião do G-20 e do fortalecimento do FMI, a busca por saídas ainda está basicamente na dependência dos esforços nacionais, o que é obviamente insuficiente.

O Brasil na crise

A crise teve origem nos Estados Unidos, certo. O Brasil fez tudo direitinho e é apenas uma vítima. Ou, “estamos blindados, a crise vai chegar aqui como uma marolinha”. Errado. Praticamos uma política monetária equivocada, de juros estratosféricos, que redundou numa excessiva valorização cambial. Em setembro do ano passado estava absolutamente claro que a crise era seriíssima e em outubro despencou o crédito internacional. Pois em setembro o Banco Central subiu a taxa básica de juros; a SELIC foi de 13 para 13,75%, verdadeiro desatino.

De 2005 a 2007/8, o Real esteve sobrevalorizado. Muitas grandes empresas especularam no mercado de câmbio futuro. Pegaram dólares emprestado, aplicavam em reais a juros elevados e vendiam a termo os dólares que seguia se desvalorizando frente ao real. Ganhavam pelos dois lados numa ciranda desvairada. Com a desvalorização abrupta, tiveram que comprar dólar caro para entregar e sofreram prejuízos gigantescos. Agora, o BNDES se vê obrigado a salvá-las.

Enquanto no resto do mundo os Bancos Centrais afrouxavam a política monetária – o FED passou até a emprestar diretamente para as empresas – o nosso Banco Central fez o contrário, preocupado com uma eventual inflação provocada pela desvalorização cambial quando todo o mundo já sabia que o verdadeiro perigo era a deflação, em decorrência da queda brutal nos preços das *commodities* e do desaquecimento da economia.

Portanto, o que trouxe a crise ao Brasil foi o canal do crédito, do crédito externo e o que tornou a situação pior foi a política econômica. Instalou-se o pânico e em consequência o investimento desabou. O que se viu: queda de 12% da produção industrial no 4º trimestre de 2008. A crise instalou-se entre nós, e de forma violenta. Além da grande queda nas exportações caiu drasticamente o investimento privado. Dos nossos 14 alto-fornos, 6 estão desligados nos informa Miriam Leitão (O Globo, 7/4/09).

O consumo interno, porém, resistia. De início, as pessoas não perceberam a dimensão da crise porque seus rendimentos ainda não haviam sido afetados. As vendas dos supermercados, por exemplo, ainda estavam bem até dezembro/janeiro. A taxa de desemprego em janeiro – média das regiões metropolitanas – subiu, mas nada muito além do que costuma ocorrer em janeiro, com exceção de São Paulo onde subiu muito mais que o normal. Mas era ilusão acreditar que a massa de rendimentos do trabalho, que é o que sustenta o consumo interno, não cairia. A taxa de desemprego em março chegou a 9% e deverá logo alcançar os dois dígitos. A indústria como um todo vem desempregando desde outubro e a pequena recuperação que houve nos primeiros meses do ano está longe de compensar o estrago anterior. A indústria de bens de capital (máquinas e equipamentos) continuou encolhendo.

Em fevereiro, as indústrias de bens de consumo – duráveis, semiduráveis e não duráveis - já começam a sentir os efeitos da crise. Desempregam, em relação a fevereiro de 1998: madeira (14,8%), artigos e calçados de couro (9,6%), vestuário (8,9%). A arrecadação federal caiu 6% no primeiro trimestre deste ano em relação ao primeiro trimestre de 2008. Só o governo federal deverá ter uma queda de arrecadação em 2009 de mais de cinco bilhões de reais.

Mas, tivemos algumas reações positivas por parte do Banco Central e do governo: usamos parte das reservas para financiar os exportadores; com enorme atraso, cai a SELIC, ainda que não tanto como o desejável, o que, se não vai ter impacto imediato na produção, pelo menos alivia as despesas do governo com o pagamento de juros; o BACEN reduziu bastante os depósitos compulsórios, elevando a liquidez dos bancos; o BNDES passou a financiar o capital de giro de alguns setores; reduzimos o superávit primário em favor dos investimentos públicos, pelo menos assim esperamos, e desoneramos vários setores – automóveis, eletrodomésticos – para estimular a demanda. A desvalorização do real, embora não intencional (deveu-se à fuga de capitais), foi outra coisa boa.

Mas, tudo muito pouco e muito tarde. As projeções mais confiáveis indicam que, na melhor das hipóteses, o Brasil terá crescimento zero em 2009. É tudo opinião, por enquanto, mas vale registrar que quase ninguém é otimista quanto à retomada do crescimento em 2009. Provavelmente assistiremos a altos e baixos em torno de uma tendência medíocre, a menos que adotemos uma postura bem mais ousada, como na crise de 1930. Enquanto o mundo estava afundando, o Brasil e a América Latina rapidamente começaram a crescer. Isso ocorreu porque nós deslocamos o polo de crescimento da exportação de café para a criação do mercado doméstico, com substituição de importações. Poderíamos tentar algo parecido, tentando manter a expansão do mercado interno que já vinha ocorrendo em grande parte por efeito da marcha da agricultura para o Oeste, pelo aumento do emprego formal e do salário mínimo, pelas transferências previdenciárias e também pelo Bolsa Família. O câmbio, agora num nível mais competitivo, poderia ajudar nossas exportações de produtos industrializados e é possível que a China consiga manter um crescimento razoável, o que nos garantiria algum vigor nas nossas exportações de *commodities*.

Não considero impossível, embora, no meio da crise, com a economia aberta (não estamos em 1930) e com a agressividade comercial dos outros, especialmente da China, ainda mais agora com enorme capacidade ociosa, creio que seria bem complicado. Ainda mais porque a variável chave num momento como esse é o investimento público e não vejo espaço para que possamos aumentá-lo substancialmente devido ao explosivo aumento nos gastos correntes do governo federal. A dimensão do PAC, mesmo que fosse executado com maior velocidade, é irrisória diante do que seria necessário investir. Estados e municípios não estão em condições de contribuir para elevar a taxa de investimento, pois também sofrem queda de arrecadação, inclusive e principalmente no caso dos municípios menores, por causa das perdas nas transferências federais através dos fundos de participação (FPE, FPM). O mais provável é que teremos mesmo tempos difíceis no plano fiscal.

A crise e a saúde

Na verdade, não tenho muito que dizer de concreto ou de forma quantificada, a respeito dos efeitos esperados da crise sobre o setor saúde, nada que vá além do senso comum. É evidente que os sistemas de saúde serão afetados. Tanto pelo lado do gasto público como pelo lado do gasto privado, seja pela escassez de recursos fiscais para manter a oferta de serviços públicos, seja pela queda na renda dos que pagam pelo atendimento, direta ou indiretamente. Isso é o óbvio. Como é lógico, o número de beneficiários de planos de saúde, individuais e coletivos, varia com a renda e, portanto, deve sofrer alguma inflexão. Não quero dizer com isso que devemos esperar uma grande migração dos atendidos via planos para o Sistema único de Saúde (SUS), mas alguma migração deve ocorrer, inclusive porque já hoje uma fatia ponderável da classe média recorre também ao SUS e tem uma avaliação positiva do atendimento, pelo menos em São Paulo segundo pesquisa recente da Fundap.

Portanto, do ponto de vista social, seria o caso de os governos darem alta prioridade ao SUS, ainda que, até o momento (abril de 2009) o setor saúde, incluindo a indústria farmacêutica, não parece ter sido afetado pela crise. Mas como a retração da demanda virá com certeza, deveríamos garantir recursos adicionais para a assistência médica ambulatorial, para aumentar a capacidade de atendimento em Postos e Centros de Saúde, bem como para a ampliação dos programas de assistência farmacêutica e do Programa Saúde da Família, todos eles particularmente importantes para os estratos mais pobres. Mas, infelizmente, essa preocupação não está na agenda.

Do ponto de vista econômico, também faria todo sentido fazer política anticíclica através de grandes gastos/investimentos em saúde (e em educação). Investir no complexo industrial da saúde é certamente da maior importância como fator de desenvolvimento, principalmente por ser composto de atividades altamente dinâmicas em inovações tecnológicas. Não só um fator de desenvolvimento em geral, mas fundamental para apoiar a expansão e melhoria do SUS. Mas, talvez por possuir ainda dimensões relativamente modestas no Brasil, o complexo industrial da saúde não esteja merecendo maior atenção como objeto de política anticíclica. Os recursos previstos no Mais Saúde (PAC-Saúde) não são expressivos.

Da perspectiva fiscal, mais preocupante será o aumento da necessidade de financiamento da Previdência Social cuja arrecadação, que vinha evoluindo bem, deverá cair devido ao mau desempenho esperado do mercado de trabalho.

E, se for aprovada a PEC da Reforma Tributária (No 233/2008) – o que não parece provável –, a delimitação das fontes do Orçamento da Seguridade ficaria bem menos definida. Significa dizer que a Saúde teria que retomar a velha disputa por recursos com a Previdência e com a Assistência Social, um jogo que não seria nada favorável à Saúde. Isso porque os compromissos da Previdência são direitos individuais que têm de ser pagos, e os gastos assistenciais – Benefícios de Prestação Continuada, Renda Mínima Vitalícia e o Bolsa Família –, são gastos considerados de alta eficácia eleitoral.

Ademais, a Seguridade Social como um todo teria que disputar recursos com estados e municípios (muitos hoje falidos), cujas receitas dependentes das transferências da União teriam origem na mesma base tributária. Façam suas apostas...

Mas, independentemente da aprovação ou não da PEC da reforma tributária, cabe esperar uma crescente escassez de recursos para a Saúde. Manter ou elevar a abrangência do SUS numa situação como essa, representa hoje um enorme desafio de gestão.

Este desafio fará parte da discussão maior sobre os rumos do desenvolvimento brasileiro, discussão essa, aliás, que emerge antes da crise diante do desencanto com as promessas do neoliberalismo, do Consenso de Washington, e que, agora, deverá se intensificar.

Alguns pontos para o debate sobre possíveis impactos da crise econômica na saúde¹

Jairnilson Silva Paim

A área de saúde no Brasil já está calejada por diversas crises. Quando a economia vai bem, a ‘área econômica’ dos governos tem outras prioridades. Entre a saúde do capital e a saúde das pessoas não há a menor dúvida em optar pela primeira. Quando a economia vai mal, o cinismo é ainda maior: *estamos em crise, lamentavelmente todos setores têm que colaborar com a contenção dos gastos*.

Assim, para quem acompanha as políticas públicas há muito tempo, já não há grandes surpresas. No caso, porém, dessa crise, considerada por muitos como a mais grave depois de 1929, devemos ter um olhar ainda mais cuidadoso sobre suas possíveis repercussões, pois “estamos diante de uma *crise sistêmica*, que é sempre um evento de proporções épicas e efeitos duradouros” (GUTTMANN, 2008, p. 12, grifo no original).

Quando mencionamos o termo ‘saúde’, três dimensões se apresentam: a) *estado vital*, ou seja, as condições de saúde das pessoas e das populações, incluindo danos (doenças e agravos), riscos e determinantes sociais; b) *setor produtivo*, abrangendo instituições, prestadores de serviços, empresas e trabalhadores; c) *área do saber*, cuja produção de conhecimentos, tecnologias e inovações e a sua reprodução se realizam especialmente por meio de universidades e institutos de pesquisa.

¹ Notas para o debate. Seminário do Cebes: *O público e o privado na saúde*. São Paulo, 23 e 24 de abril de 2009.

O impacto da crise econômica sobre o *estado de saúde* já tem sido bem documentado pela literatura científica em outras situações, como a mortalidade infantil, epidemias, violências, estados depressivos, entre outros, reveladas por indicadores de saúde. O comprometimento de determinantes sociais (intermediários e distais) como emprego, renda, previdência e assistência social, saneamento e moradia, acaba por produzir efeitos negativos sobre o modo de vida dos distintos segmentos sociais.

No caso do *setor produtivo*, a situação brasileira é mais grave diante de cortes nos gastos públicos. Diferentemente de países europeus e do Canadá, a maior proporção dos gastos em saúde, no Brasil, corresponde a gasto privado, pois menos da metade é público, apesar da opção constitucional e legal por um sistema de saúde universal como o Sistema Único de Saúde (SUS). O gasto privado direto das famílias é expressivo, especialmente em medicamentos, além das despesas com planos de saúde. Cortar gastos públicos em saúde no caso brasileiro agravará ainda mais o orçamento familiar dos pobres e da classe média e será extremamente cruel com cerca de 80% da população que utiliza assistência médica exclusivamente no SUS.

Já a saúde enquanto *área do saber* tende a ser comprometida com recuos de investimentos nas instituições de ensino e institutos de pesquisa, particularmente no momento em que se busca reduzir o déficit da balança comercial em saúde, mediante apoio ao ‘complexo produtivo da saúde’. O chamado *Mais Saúde* ou “*PAC da Saúde*”, que previa investimentos na produção de insumos nesse complexo, sofreu restrições com a não-regulamentação da Emenda Constitucional 29 em 2007 e se vê comprometido diante de ajustes do orçamento e dos contingenciamentos.

Enquanto isso, os economistas das diversas tendências debatem a crise, suas causas e prognósticos. Alguns vão buscar no marxismo as bases teóricas para explicar o que se poderia chamar, com todas as letras, de especulação:

Em comparação com a época de Marx, temos hoje em dia uma formação infinitamente mais avançada de capital fictício (...). O capitalismo dirigido pelas finanças tem dado prioridade ao capital fictício, cujos novos condutos, como derivativos ou valores mobiliários lastreados em ativos, estão a vários níveis de distância de qualquer atividade econômica real de criação de valor. (GUTTMANN, 2008, p. 22).

Outros vão produzir um novo glossário, como se pode observar nas citações a seguir, a partir das definições de termos elaboradas por diversos autores convidados pelo jornal *Folha de São Paulo* (CADERNO MAIS, 2009, pp. 4-5):

Capitalismo. *Credo dominante no planeta Terra, possivelmente em outras partes, também designado como “neoliberalismo” ou mesmo “globalização”. Seus simpatizantes, outrora designados Burgueses, e seus detratores protagonizam esplêndidos debates, conferências e eventos festivos, sendo certo, todavia, que é impossível distinguir uns dos outros quando em posições de governo com responsabilidade por políticas públicas (Gustavo Franco).*

Economia real. *Para distingui-la do seu oposto, uma economia que se ocupa, sobretudo, de ficções.* (Hans Magnus Enzensberger).

Falibilidade. *Qualidade regularmente invocada “post factum” para explicar decisões desastrosas. Afeta com especial frequência gestores de fundos e banqueiros* (Manuela Carneiro da Cunha).

Hedge fund. *Literalmente, significa um fundo mútuo que se protege de risco de perdas em um mercado em baixa, usando vendas a descoberto, ou seja, vendendo o que não tem. Não entendeu? Não se preocupe, a definição acima já não vale: é um fundo especulativo de alto risco e sem regulamentação.* (Manuela Carneiro da Cunha).

Mercados autorregulados. *São produto de uma alucinação neoliberal apoiada “cientificamente” pela teoria econômica ortodoxa; seus representantes reconhecem as falhas de mercado, mas, fascinados pelo “modelo de equilíbrio geral”, não compreendem que são intrínsecas ao sistema econômico* (Luiz Carlos Bresser Pereira).

Neoliberalismo. *É originalmente uma ideologia dos ricos, e o liberalismo, das classes médias burguesas. Este surgiu no século 18 contra uma oligarquia e um Estado absolutos, aquele surgiu nos últimos 25 anos do século 20 contra os trabalhadores e o Estado democrático social.* (Luiz Carlos Bresser Pereira).

Orwell. *[...] o neoliberalismo fez o mesmo: advogou retoricamente o “estado regulador”, mas promoveu na prática a desregulação dos mercados e a justificou apelando para a ortodoxia econômica.* (Luiz Carlos Bresser Pereira).

Voodoo economics. *Teorias dominantes na academia americana desde os anos 70.* (Luiz Gonzaga Belluzzo).

A ironia contida nas linhas e entrelinhas desse glossário pode estar revelando, não só a indignação de alguns autores, mas especialmente a perplexidade diante de contextos históricos nos quais a governabilidade dos atores no jogo social é extremamente reduzida.

Economistas que defendiam o neoliberalismo e a liberação geral dos mercados agora passam a considerar que a crise é mera questão de conhecimento. Desse modo, teria havido ignorância quanto aos riscos, à imprudência dos mercados, à negligência das autoridades e às dificuldades de calcular a probabilidade dos desfechos. Ainda assim, muitos acreditam que o Brasil vai superar a crise e retomar o crescimento. Outros são pessimistas ou, talvez, mais

cautelosos: “A extensão dos estragos é ainda desconhecida e o impacto sobre o setor produtivo seguramente será profundo” (MAZZUCHELLI, 2008, p. 66).

Esta é a situação com que os atores das políticas públicas terão de lidar nos próximos anos. No caso dos que atuam nas políticas de saúde em que estão em jogo milhões de vidas humanas, a questão que se coloca não é a opção entre o otimismo e o pessimismo. Assim, a interpelação aos expositores deve ultrapassar tal opção. Todos conhecem certamente aquela anedota na qual, diante de um copo com metade de água, o otimista dirá que está quase cheio e o pessimista afirmará que está quase vazio. Para o materialista, porém, existe o copo, a água e o ar. Justamente sobre esses elementos concretos da realidade é que tem de trabalhar.

Referências

Caderno MAIS. O ABC da crise. *Folha de São Paulo*, 5 de abril de 2009, p. 4-5.

GUTTMANN, R. Uma introdução ao capitalismo dirigido pelas finanças. *Novos Estudos Cebrap*, v. 82, p. 11-33, nov. 2008.

MAZZUCHELLI, F. A crise em perspectiva: 1929 e 2008. *Novos Estudos Cebrap*, v. 82, p. 57-66, nov. 2008.

Mais Saúde (PAC Saúde) e as políticas sistêmicas de investimentos setoriais

Henri E. Jouval Jr.

Este texto objetiva recuperar e sistematizar melhor as ideias centrais de meus comentários, na qualidade de debatedor do tema “Políticas e estratégias governamentais de regulação” do Seminário *O público e o privado na Saúde*, realizado pelo Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES), em abril de 2009, São Paulo. Eles são de minha exclusiva responsabilidade e não refletem posição institucional.

Não há dúvida quanto à relevância política do tema ‘O Mais Saúde (PAC Saúde) e as Políticas Sistêmicas de Investimentos Setoriais’, que é uma bandeira inovadora da agenda de saúde do atual Governo. Entre outros objetivos, procura advogar a saúde como fator de desenvolvimento (e não como gasto), configurando-a como mais um pilar de desenvolvimento que alia crescimento, inovação, equidade e inclusão social (BARBOSA, 2009).

Como bem salientou o expositor, a proposta é uma base conceitual nova para a saúde, cuja compreensão não é imediata e necessita ainda de muita reflexão e debate (BARBOSA, 2009).

Para contextualizar esse debate, é bom esclarecer que o reconhecimento das relações entre saúde e desenvolvimento é, apenas, relativamente novo.

A ideia de vincular a saúde ao desenvolvimento econômico e social vem de algumas décadas, mas ficou bem consolidada no *Relatório sobre Macroeconomia e Saúde*, publicado pela Organização Mundial da Saúde, em 2001. Esse estudo traduziu em nível de evidência, o que se intuía

empiricamente com a premissa de que existiria estreita relação entre saúde e desenvolvimento. Documentou-se de forma inequívoca que o investimento em Saúde, como em Educação, incrementa o capital humano (tecido humano das sociedades) e contribui para o desenvolvimento. Também mostrou que os serviços de saúde são, por eles mesmos, um vigoroso setor da economia. Além desse efeito multiplicador no plano econômico, a experiência internacional demonstrou que a assistência à saúde fortalece a coesão e o desenvolvimento social.

Do mesmo modo, as relações entre o sistema produtivo e a saúde, que se convencionou chamar de complexo industrial da saúde, foram também motivo de análise desde a década de 1980, sendo esplendidamente expostas no livro, que se tornou referência, *A indústria da saúde no Brasil* (1980), do Dr. Hesio Cordeiro. O livro desvenda que a saúde depende de múltiplos fatores econômicos, cujo controle escapa ao sistema de saúde, provocando distorções graves sobre a determinação da saúde.

O caudal desses conhecimentos, sem dúvida, reforça a argumentação de que a saúde é uma frente estratégica para a política social e o desenvolvimento (BARBOSA, 2009) e deve ser a razão de estar incluída, de forma destacada, nas pautas do Ministério da Saúde. A questão, entretanto, tem que ser analisada com prudência e ressalvas quanto ao processo de sua efetivação como política pública de saúde.

Deve-se ter em mente que, em essência, o tema 'saúde e desenvolvimento' pode ser tratado pelo menos em duas dimensões. Simplificando, pode-se dizer que uma delas enfatiza o aspecto social da saúde, enquanto outra promove o componente industrial e comercial.

O corpo doutrinário dos enfoques mencionados salienta, evidentemente, a dimensão social da saúde. No caso dos vínculos entre desenvolvimento econômico-social e saúde, a estrutura das propostas é no sentido de que a melhoria das condições de saúde da população depende da interação e colaboração com outros setores, isto é, que as políticas e ações de saúde sejam consistentes com propósitos de: a) promover que todo projeto de desenvolvimento leve em consideração seus efeitos sobre a saúde, para garantir o desenho e a implantação de políticas públicas saudáveis; b) promover atividades multissetoriais sobre os determinantes da saúde. Quanto ao complexo industrial da saúde, a argumentação de fundo é desnudar as repercussões negativas que ele pode trazer à saúde e facilitar a compreensão de quais são as salvaguardas a serem estabelecidas para que a saúde fique menos exposta às forças exclusivas de mercado.

O primeiro expositor tratou, sobretudo, da abrangência tecnológica, industrial e comercial da saúde, que é, cada vez mais, vigente. Como foi dito, o Mais Saúde abre agendas com enormes possibilidades de mobilização de atores antes excluídos da política sanitária e que pode constituir um movimento interessante para articular a política sanitária, industrial e comercial do país (BARBOSA, 2009). Nenhuma dúvida quanto à assertiva. Os interesses do complexo econômico, tecnológico, industrial e comercial, nacional e transnacional identificam com clareza o potencial direto e indireto da saúde como um próspero mercado. Atualmente, ele vai além do clássico conceito de 'medicalização' da sociedade. Ninguém mais contesta que a saúde é, legitimamente, reconhecida como um bem social, um direito humano e universal, de responsabilidade do

Estado. A partir desse fundamento jurídico, todas as ações de saúde, inclusive as classificadas como de promoção, passam automaticamente a justificar, a incentivar e pressionar os Estados, sociedades e indivíduos por uma nova escala de consumo de bens, serviços e produtos, de alto valor agregado em tecnologia e, portanto, dinamiza inesgotáveis ‘reservas’ de mercados. Por exemplo, adotar hábitos saudáveis quanto a atividades físicas e dietas balanceadas, recomendadas pelos programas de Prevenção de Obesidade e Diabetes (OMS, 2004), implica satisfazer uma demanda gigantesca e sofisticada da cadeia produtiva de artigos esportivos e alimentícios, talvez maior que a de medicamentos. Inegavelmente, o Brasil tem legislação, população e parque científico-tecnológico que permite almejar, em futuro próximo, atingir o nível de *major player* no cenário do comércio interno e externo. Já é assim em alguns segmentos como agropecuária, biocombustível, mineração, gestão bancária, entre outros.

Não pretendo negar essas realidades e potencialidades. Creio até que merecem maior atenção e reflexão, para, no mínimo, melhorar a conscientização e o equacionamento do tema. Além disso, elas não são em si descabidas. Sempre cabe a pergunta: O que traria mais benefícios de saúde à população brasileira? O corte dos subsídios agrícolas dos países centrais ou o fortalecimento físico-financeiro das ações de saúde?

Tenho, basicamente, duas restrições ao que foi apresentado.

Considero que ainda há risco em divulgar essa proposta, sem garantias de que se possa contextualizá-la com um debate amplo e diversificado. Ela ainda não está madura para que seja oficializada como política pública de saúde.

A outra restrição, de ordem conceitual, é quanto à validade da promoção desse ideário pelo próprio setor saúde. Talvez ela ocorra devido à tentação de supor que se sensibilizarão as áreas econômicas e produtivas para uma maior contemplação de recursos públicos e privados para a saúde. Entretanto, ainda que assim fosse, parece-me paradoxal e contraditório que a saúde se proponha a liderar e a alavancar a proposta de acumulação de capital de um complexo tecnológico industrial, com ambição transnacional, servindo, ela própria, de mola propulsora de um formidável mercado, por vezes perverso. Dito de modo caricatural: Afinal, a quem se vai servir? Ao estímulo do consumo em saúde para expansão de mercados ou à regulação desses mercados? Responderemos à Organização Mundial da Saúde ou à Organização Mundial do Comércio?

Concentro-me, agora, nos comentários sobre a Regulação.

Desde logo, o tema do Mais Saúde também permite melhorar a compreensão da questão da regulação em saúde. A óbvia interdependência dos diversos setores externos ao setor saúde, incluindo o setor produtivo, deixa transparecer a necessidade de que é preciso induzir, ou intervir, nas relações dinâmicas que se estabelecem entre eles, com sentido estratégico, segundo critérios explícitos, levando em conta as necessidades de saúde.

A Constituição confere ao Ministério da Saúde as funções de reitoria sobre todo o setor saúde, que compreende todos os atores e instituições, públicas ou privadas, federais ou estatais, que desempenham atividades relacionadas diretamente com a saúde. Vale a pena explicitar: autoridades sanitárias, prestadores públicos e privados, recursos humanos, bens e serviços,

produtos e insumos, seguros e mercados, saúde ambiental e controle da publicidade. A regulação desses setores, ainda que incompleta, já está ocorrendo. São exemplos recentes: o controle de preços de medicamentos, a produção de genéricos, a licença compulsória para produção nacional de antirretrovirais, as leis de restrição à propaganda e ao consumo de tabaco e álcool, a melhor rotulagem de alimentos, transplante de órgãos, controle do sangue etc. Essas medidas demonstram com clareza que a regulação da saúde é bem mais ampla, diversificada do que a normalização interna do próprio setor saúde. Mas, em geral, deliberado ou não, esse largo espectro da regulação é postergado e as discussões ficam centradas e limitadas ao próprio setor, mais ainda à prestação de serviços de saúde.

Em síntese, ao abordar a questão do complexo produtivo da saúde, ficam evidentes as relações e as necessidades de melhor e maior regulação da saúde. Regulação como função indelegável do Estado e em várias áreas e setores, com diferentes tipos de medidas, mais abrangente que aquela somente orientada a serviços de assistência à saúde, mais extensa que aquela relacionada com aspectos normativos e contratuais.

O segundo tema, 'A gestão pública do subsistema privado', entra na categoria da prestação de serviços de assistência à saúde. Após resumir a evolução dos grandes marcos normativos da gestão da assistência à saúde, durante os 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), o expositor assinalou avanços e lacunas existentes, acentuando que ainda há muitas insuficiências (REHEM, 2009).

A mais contundente delas é que a Agência Nacional de Saúde (ANS) só tem jurisdição sobre os seguros de saúde individuais, que representam apenas 30% do mercado de seguros de saúde no Brasil. A maioria deles (70%), do tipo coletivo (antigo convênio empresa do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, INAMPS), são regulados pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), regida pelo Ministério da Fazenda.

Aqui, cabe uma digressão que pode ajudar no convencimento de que se deve construir melhor arcabouço regulador da assistência à saúde.

Sem retomar saudosismos inconsequentes, é conveniente reconhecer que o Brasil já teve antecedentes de regulação mais ampla e mais forte na assistência à saúde. Ao reexaminar o instrumental de regulação aplicada pelo INAMPS nos anos 1980, durante o Plano de Reorientação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) (BRASIL, 1983), pode-se verificar que, na ocasião, houve como ponto de partida uma rigorosa descrição e análise das diversas modalidades assistenciais financiadas pela Previdência Social, o que permitiu entender as suas imbricações, subsídios cruzados e implicações. Depois, foram adotadas várias estratégias de intervenção, a saber: a) Resolução INAMPS 026/82, que reduziu a oferta de leitos contratados ao setor privado e desobrigou a contratação automática de hospitais financiados pelo Fundo de Ação Social (FAS); b) adoção de parâmetros quantitativos e qualitativos, por meio da Portaria MPAS/ 3046/82, para ordenar a programação físico-financeira da cobertura assistencial, com base populacional (municipal), priorizando a oferta da capacidade instalada pública e não lucrativa; c) generalização do convênio entre Ministério da Educação e Ministério da Previdência

Social (MEC/MPAS) com os Hospitais de Ensino, incentivando-os mediante o Índice de Valorização Hospitalar (IVH); d) mudança estrutural da forma de pagamento por valor global do procedimento, com a implantação do Sistema Hospitalar de Assistência Médica da Previdência Social (SHAMPS/AIH), que substituiu a prática de remunerar por ato médico (unidade de serviço); e) harmonização e equiparação no valor das tabelas de pagamentos; f) automatização do sistema de auditoria (SHAMPS); reorientação da assistência farmacêutica, priorização de compras com a Central de Medicamentos (CEME) e adoção institucional da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME); g) criação de gratificação salarial diferenciada para os médicos do quadro que optavam por se vincularem a clínicas básicas, à prática ambulatorial e a áreas não-metropolitanas.

Com a extinção do INAMPS, perdeu-se, aos poucos, essa tecnologia de controle e avaliação da assistência à saúde, nas três esferas de gestão do SUS.

Outro fator que provocou estagnação nos sistemas de regulação da assistência médica do País foi a própria conquista do SUS.

No início da década de 1980, começaram os processos de reforma do estado de bem-estar social que, entre outras mudanças estruturais, propunham a transformação do regime de repartição (público e solidário) do financiamento do seguro social obrigatório para o regime de capitalização (privatização dos fundos do Seguro Social). A reforma dos sistemas de previdência determinou a reforma dos sistemas de saúde, já que eram dependentes daqueles. No nosso continente, a fórmula foi coincidentemente proposta no ano de 1982, na Argentina, Brasil e Chile. Neste último, vingou. Na Argentina, os sindicatos resistiram e, no Brasil, o movimento da reforma sanitária consolidou a implantação do SUS. A Reforma do Banco Mundial, como ficou conhecida, influenciou, favoreceu e fortaleceu mundialmente os seguros de saúde privados. Porém, os países que a adotaram tiveram, por necessidade imperiosa, que desenvolver a capacidade de regulação do Estado e, por conseguinte, também no setor saúde.

Assim, o Brasil tem vazios de tecnologia reguladora e pode se atualizar e se beneficiar com a experiência internacional acumulada.

Faço um último comentário de ordem geral. Durante o Seminário, com frequência, ocorreram referências a possíveis intercâmbios entre o público e o privado na prestação de serviços, como se eles fossem subsistemas de um sistema maior, com alternâncias e similaridades. Muitas vezes, usou-se a figura de vasos comunicantes entre eles. Reconhecendo a existência indiscutível do setor privado, discordo frontalmente da ideia de subsistemas. Chamo a atenção para o fato de que eles são dois sistemas diferentes, de naturezas distintas. Sua coexistência sempre se expressará como uma forma 'híbrida', com dominância de um deles que regulará o outro. Um deles, o público, se financia por repartição e estrutura de oferta de serviços, enquanto o privado se financia por capitalização e por estrutura de demanda de serviços.

Para concluir, reafirmo: as reformas do SUS não podem mais desconhecer, no Brasil, a existência de um sistema híbrido, com preocupante expansão desordenada dos seguros de saúde privados que, por isso mesmo, necessitam de maior regulação por parte do Estado brasileiro, sem comprometer os fundamentos do SUS. Não é demais recordá-los: direito à saúde;

universalidade de acesso; integralidade da assistência; financiamento público universal; participação democrática no controle e descentralização política.

Referências

BARBOSA, P. R. O Mais Saúde (PAC Saúde) e as Políticas Sistêmicas de Investimentos Setoriais. In: SEMINÁRIO O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE, Boletim CEBES, São Paulo, abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reorientação da Assistência a Saúde no âmbito da Previdência Social*, Brasília, DF: MPAS, 1983.

CORDEIRO, H. A *indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Resolução A 57/9*. Estratégia mundial de regime alimentar, atividade física e saúde. Genebra: OMS, mai. 2004.

_____. *Relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde*. Genebra: OMS, 2001.

REHEM, R. A Gestão Pública do Sub-Sistema Privado. In: SEMINÁRIO O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE, Boletim CEBES, São Paulo, abr. 2009.

Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas

Gastão Wagner de Sousa Campos

Abordagem metodológica: modo de coprodução

Há múltiplas taxonomias utilizadas para classificar a investigação em políticas públicas. A moda contemporânea parte de dois troncos: haveria a pesquisa qualitativa e a quantitativa (BARROS; CECATTI; TURATO, 2006). Segundo alguns autores, esta classificação indicaria distintas concepções epistemológicas; contudo, no fundo baseiam-se centralmente na diferença entre métodos para coleta e análise de informações. Gostaria de enfatizar duas outras linhagens possíveis que se diferenciam não pela forma de recolher e analisar evidências, mas pelas perguntas que procuram responder. Uma dessas linhas trabalha com a maneira como funcionam políticas, sistemas, programas ou serviços; a outra utiliza o tema da história ou da genealogia, buscando compreender o modo como foram produzidas. A primeira tem um enfoque sincrônico, descreve o funcionamento; a outra tem abordagem diacrônica, busca explicar a origem e o desenvolvimento de uma dada política. Ambas as modalidades recolhem evidências numéricas ou descritivas, objetivando a construção de textos e sua interpretação.

A primeira dessas vertentes, a mais utilizada no contemporâneo, e que busca responder à questão sobre ‘como funcionam’ uma dada política, programa ou serviço, em geral tem objetivos pragmáticos ligados à governança dos sistemas. A obsessão contemporânea em avaliar insere-se nesta tendência. Utilizam metodologias originárias da epidemiologia, estatística, sociologia fun-

cionalista ou pensamento sistêmico para julgar programas e, até mesmo, a pertinência de determinadas políticas públicas. Em um curso ministrado em 1978, Michel Foucault (2008) apontou essa prática social como uma das características centrais do então nascente neoliberalismo, já que, com base em avaliação de resultados concretos sem considerar fatores intervenientes no processo de produção do contexto avaliado, estas investigações serviriam como munição ideológica para desconstrução das políticas públicas e para justificar, com argumentos ‘objetivos’, o retorno ao mercado e a consolidação do denominado Estado mínimo preconizado por esta corrente política. Outros autores, ao contrário, têm apontado que essa compreensão interna sobre o funcionamento de serviços, programas e sistemas constroem conhecimentos com a possibilidade de, pela força do acúmulo de evidências empíricas, contribuir para o aperfeiçoamento paulatino das políticas públicas (HARTZ, 1999). Grande parcela da produção da área de gestão e planejamento em saúde poderia ser enquadrada dentro desta modalidade de investigação, ainda que operasse com distintos objetos de pesquisa e metodologias variadas. Alguns analisam impacto dos modelos de atenção e programas; outros, processos de trabalho, resultados etc., tendo a considerar que tanto Foucault quanto aqueles que buscam compreender como funciona tal ou qual política têm razão. Essas abordagens polares identificam elementos concretos decorrentes deste estilo de produção de conhecimento, ainda que apontem desdobramentos sociais distintos destas mesmas práticas científicas. Foucault ressalta efeitos nocivos deste tipo de abordagem, os preocupados com a governança demonstram sua utilidade pragmática. Discordo da suposição de que haveria metodologia mais adequada *a priori*, com independência da hipótese, do objeto e dos objetivos definidos. Saber sobre o modo sincrônico como operam sistemas e modelos de intervenção tem valor de uso, conforme demonstra a série de investigação produzida nos últimos anos, ainda que não lhes deva ser atribuído a possibilidade de ‘condenar’ esta ou aquela alternativa política em ‘geral’, conforme criticava Foucault. Neste caso, estar-se-ia fazendo uso abusivo (ideológico) de um conhecimento produzido, esclarecedor apenas quando tomado em seu contexto.

Há, contudo, uma segunda vertente, um tanto fora de moda no terceiro milênio, às vezes até considerada como não sendo ciência, e que lida com outro tipo de interrogação: “qual o modo como se produziu, e como seguiria se reproduzindo, tal ou qual política social ou de saúde?”. São pesquisas apoiadas em métodos históricos, a exemplo da obra seminal *O Capital*, de Karl Marx (1867; versão 1985) ou em alguma de outras múltiplas vertentes do marxismo. No Brasil, durante as décadas de 1970 e 1980, grande parte da produção da nascente área de saúde coletiva apoiava-se nesta abordagem para analisar o campo da saúde (DONNANGELCO; PEREIRA, 1979; CORDEIRO, 1980). Além desta vertente, houve investigações históricas influenciadas pela utilização do método genealógico, atribuído a Nietzsche (1992) e largamente empregada na saúde pelo filósofo Michel Foucault (1977; 2008). O *Dilema Preventivista*, de Sérgio Arouca (2005), elaborado em 1974, foi um ensaio pioneiro de combinação epistemológica destas duas perspectivas históricas consideradas incompatíveis por muitos. Estas duas modalidades, apesar da diferença conceitual, valorizam a compreensão sobre a constituição de estruturas econômicas e políticas, dos discursos

morais, ideológicos e científicos, do arcabouço jurídico e organizacional, com ênfase no Estado e em instituições, e ainda buscam compreender a constituição da cultura e dos costumes. Alguns autores procuraram articular estes processos de construção à ação de sujeitos concretos, os chamados atores sociais ou sujeitos coletivos (MINAYO; 2001). Operam com alguns conceitos-chave como história, processo, modo de produção, estrutura, instituição, poder e micropoder, conflito, controle social, dominação, hegemonia, consenso, interesse, entre outros.

Uma perspectiva sincrônica/operativa e outra diacrônica/reflexiva ou crítica. Acredito que o desafio para o investigador do campo das políticas e da gestão residiria em combinar estas racionalidades conforme o objetivo e a pergunta disparadora de cada pesquisa. Penso que metodologias sintéticas destas racionalidades teriam o potencial de aproximar-se da tão decantada ‘complexidade’ do concreto.

A abordagem por mim denominada de análise do ‘modo de coprodução singular’ de um fenômeno social almeja realizar esta composição entre compreensão sincrônica e diacrônica. Assim, buscarei analisar a co construção do SUS me valendo de elementos da tradição marxista e genealógica (momento diacrônico) e tendo como referência (perguntas disparadoras) o padrão de funcionamento atual do sistema (momento sincrônico). Buscarei pensar o SUS como um constructo humano, ainda que condicionado pelo contexto histórico, também construído pelo ser humano, mas que tende a ganhar autonomia sobre os próprios sujeitos. Denominei esta metodologia de análise do modo de coprodução singular de um dado fenômeno (CAMPOS, 2000). Compreender a história para recompor criticamente a prática. Compreender para intervir: perspectiva do pesquisador, mas também do médico e do sanitário. Buscarei elaborar algumas reflexões sobre a co-constituição do SUS pensando as relações entre estrutura/processo/sujeitos, destacando alguns aspectos desta trajetória em função de impasses e de resultados positivos alcançados pelo próprio SUS.

Origem discursiva e cultural: elementos da genealogia do SUS

Vinte anos de SUS. Como pensá-los?

De uma perspectiva processual, meu espanto é saber: como o SUS foi possível? No Brasil? E ainda no tempo áureo do neoliberalismo?

Sim, porque o SUS tem a marca genética do intervencionismo estatal sobre a dinâmica do mercado. É primo-irmão dos sistemas socializados de saúde e sobrinho do estado de bem-estar social. Apesar de ser uma reforma social tardia por referência às políticas públicas europeias – os últimos sistemas nacionais de saúde, de Portugal e Espanha, são dos anos 1970 –, o SUS inspirou-se em ideologias e em uma racionalidade política, gerencial e de organização do trabalho desenvolvidas como alternativa às crises econômicas e sociais da primeira metade do século 20. Comunismo, socialdemocracia e Keynes – foram a partir dessas matrizes discursivas, apesar de suas diferenças, que se geraram algumas formas de intervenção social com vários elementos em comum: ampliação do Estado, planejamento e gestão de organizações e de sistemas com base em necessidades sociais, e não na lógica competitiva do mercado, financiamento público e

legião de servidores. Tudo isto para assegurar estabilidade política, ampliar o grau de bem-estar da cidadania, mediante o acesso a bens e serviços considerados essenciais à manutenção da vida (discurso solidário) ou, segundo alguns (perspectiva pragmática), para salvar o mercado de si mesmo (BOBBIO, 2000).

Considero que o *Dawson Report on the future provision of medical and allied services* (OPAS, 1964), elaborado em 1920 por um Conselho Consultivo composto por políticos e especialistas da Grã-Bretanha, poderia ser considerado um texto fundador da tradição das políticas públicas em saúde e dos sistemas nacionais. Este informe sugere reformas radicais e amplas na atenção à saúde, nos planos da política, da gestão e do modelo de atenção (teoria e prática sanitária). Em sua dimensão política, introduz a noção do direito universal à saúde, admite a estatização do mercado médico hospitalar porque não atenderia às necessidades da população e sugere formas de financiamento público para estes sistemas. Inova bastante na organização, sugerindo uma nova engenharia para concretizar aquelas diretrizes. Pela primeira vez, utiliza-se o conceito de sistema (rede de serviços) como modo para ordenar o cuidado. É desta ocasião a invenção da atenção primária à saúde e da regionalização do atendimento com base em rede de serviços com vários níveis de complexidade, sempre interconectados. Por outro lado, este informe avança na crítica e em linhas de recomposição do paradigma médico tradicional. Naquele documento, aparece ainda a recomendação da ‘integração sanitária’, que ocorreria mediante a fusão de saberes e de práticas da Saúde Pública e da clínica. O relatório opera com uma concepção ampliada de intervenção sanitária, contemplando atenção individual, familiar e comunitária. Entre os profissionais listados para compor a equipe dos Centros de Saúde Primários, já aparecia o ‘visitador sanitário’, uma antecipação do nosso agente comunitário de saúde.

Se fizermos uma comparação conceitual entre este informe e os documentos seminais do SUS, o Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde e os textos legais, a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), encontraremos uma semelhança espantosa. Poderemos considerar que a maioria das diretrizes do SUS tem origem e fundamentação naquele relatório e naquela tradição. O direito à saúde, o dever do Estado e da sociedade com sua implementação, a organização do sistema com base em necessidades de saúde, a regionalização e a hierarquização da atenção segundo níveis, a ideia de ‘comando único’ da rede por território, todos estes conceitos o SUS retirou daquela tradição. Há, com certeza, inovações e reconstituição ampliada de alguns outros fundamentos. No campo das novidades, temos a diretriz da descentralização/municipalização, um dos eixos ordenadores da constituição do sistema brasileiro e ausente na doutrina tradicional. Outra inovação foi a incorporação pelo SUS de recomendações do campo da democracia direta, como a gestão participativa e o controle social da sociedade civil sobre o Estado, com a constituição de espaços coletivos, conferências e conselhos, com poder de deliberação e de fiscalização do executivo. A concepção ampliada sobre saúde, ainda que com menor precisão conceitual, já aparece no relatório Dawson; o mesmo pode-se constatar em relação à integralidade recomenda no SUS e apresentada

no informe como a recomendação da ‘integração sanitária’, um conceito bastante inovador para a época, mas ainda mais restrito do que as várias acepções com que a integralidade tem sido tomada hoje em dia. Enfim, a análise comparativa destes documentos não deixa dúvidas quanto à filiação do SUS.

Base material e subjetiva para a co construção do SUS

Um dos elementos singulares sobre a criação e implantação do SUS e a consolidação de um novo pensamento sobre saúde refere-se exatamente à grande influência que um segmento específico da sociedade civil, no caso o movimento sanitário, teve sobre esse processo. Foram seus integrantes intelectuais e entidades que elaboraram, em traços gerais, a política, as diretrizes e até mesmo o modelo operacional do SUS (GERSCHAM, 2004; RODRIGUES NETO, 2003).

A base material sobre a qual se apoiaram estes sujeitos foi a existência de uma razoável rede de organizações públicas com existência prévia ao SUS: Fundação Oswaldo Cruz, Institutos de Saúde Pública, rede de laboratórios estaduais, Departamento de Medicina Preventiva e Faculdades de Saúde Pública em Universidades, e ainda experiências de medicina comunitária e de atenção básica em vários estados e no Ministério da Saúde (Fundação Nacional de Saúde). Observa-se que o Ministério da Previdência, especificamente no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), foi também um reservatório de quadros para o movimento sanitário, particularmente entre parte da burocracia encarregada de administrar a assistência médica aos previdenciários. Por outro lado, é importante reconhecer que o INAMPS foi também parte da base material para a conservação do velho modelo dentro do novo sistema. O Brasil já contava, no momento da fundação do SUS, com políticas de previdência social que incluíam a atenção médica e hospitalar. Ressalta-se que o Estado brasileiro vinha expandindo acesso dos trabalhadores registrados e de suas famílias mediante a criação de uma mistura singular entre público e privado, em que o Estado tanto prestava atenção direta quanto contratava organizações privadas. Inclusive, durante o período militar, houve vários projetos para financiar a expansão da rede privada. Isto compôs uma curiosa infraestrutura (base material) para o nascente SUS: predomínio do estatal na atenção básica e de urgência e da iniciativa privada na atenção especializada e hospitalar (OLIVEIRA; FLEURY, 1989).

Esta composição híbrida sustentou, ao longo dos últimos 20 anos, a constituição de sujeitos coletivos com discursos e práticas distintos. Por um lado, o SUS conservou e permitiu a reprodução da cultura liberal-privatista, de composição do público com o privado, com baixo grau de cogestão ou mesmo de regulação destas relações. O Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado e de municípios não desenvolveram política e gestão hospitalar típicas dos sistemas nacionais. Em grande medida, prosseguiram garantindo acesso por meio da compra de serviços especializados e hospitalares ao setor privado, realizando a forma mais primitiva de controle: auditorias de contas e de procedimentos *post factum*.

Ao mesmo tempo, contudo, esta ambiguidade permitiu o avanço do movimento sanitário após os eventos da fundação do SUS. Grande parte dos ativistas desse movimento era profis-

sionais, pesquisadores, docentes ou estudantes vinculados a alguma daquelas organizações da parte estatal do SUS.

Por que esse segmento da classe média haveria se metido com fazer política, atuando para além de suas obrigações institucionais e dos seus interesses corporativos? Esse movimento foi construído ainda durante os anos 1970 e 1980 segundo várias motivações e inúmeras vertentes políticas e teóricas. Em grande medida, a luta pela saúde foi utilizada como tática para enfrentamento contra a ditadura, donde surgiu com força o lema que juntava “saúde e democracia” (ESCOREL, 1999).

Grosso modo, poder-se-ia afirmar que comunistas e socialdemocratas de diferentes matizes construíram um bloco político em torno do projeto SUS, valorizando a ação institucional, então denominada de ‘entrismo’, buscavam ‘brechas’ no Estado militar e contatos com políticos de oposição (Movimento Democrático Brasileiro – MDB) e com gestores dispostos a experimentar parte das recomendações do que viria a compor o SUS. Ainda durante os anos 1980, segmentos deste movimento aproximaram-se de deputados constituintes e de gestores públicos. Influenciando-os quanto à legislação e ao ordenamento legal do sistema. A viabilidade política dessa iniciativa deveu-se ao fato de o movimento buscar o envolvimento de políticos, partidos e autoridades institucionais com o projeto de reforma sanitária (RODRIGUES NETO, 2003).

Ativistas da então considerada nova esquerda, ecologistas, católicos de base, críticos do comunismo tradicional, discordavam dessa estratégia por considerá-la inviável, a derrota da ditadura e as reformas sociais dependeriam da sociedade civil e da articulação de um sólido e amplo movimento social. Em virtude desta visão, meteram-se principalmente com movimentos populares, educação em saúde e medicina comunitária. Ida à periferia, deslocamento de profissionais de classe média em direção ao povo. Tinham também objetivos políticos, entre eles a criação do Partido dos Trabalhadores e de outras organizações, mas envolveram-se também com a saúde. Reforçaram a rede básica e experimentaram modelos de gestão democrática e de participação comunitária. Talvez a inclusão da diretriz da gestão participativa e do controle social tenha a ver com o ativismo e luta cultural deste segmento. Este tema mereceria investigação metódica e sistemática.

Com os anos, essa perspectiva ‘instrumental’ (um meio para se fazer política contra a ditadura, seja junto ao povo e/ou em instituições, sob o manto protetor da saúde) encontrou-se com agrupamentos da Universidade, técnicos de organismos internacionais e de instituições públicas. Essa fusão deu nova orientação às finalidades do movimento que conseguiu elaborar um programa comum apesar da variedade da origem, dos interesses e das escolas de pensamento dos seus membros. Este projeto de mudanças em comum para as políticas públicas de saúde era influenciado pela tradição dos sistemas nacionais. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituinte, em 1987/88, podem ser considerados o cadinho que unificou todas estas tendências. Apesar desta confluência, permaneceram divergências importantes quanto a estratégias e táticas para a reforma sanitária brasileira.

Base material e subjetiva para conservação modificada do velho modelo e da velha política de saúde: o privado contamina o público

Há um fato intrigante, contudo. Observei que, após a constituição do SUS enquanto lei, ocorreu um ‘velamento’ de sua origem nos sistemas socializados. Um lapso de memória. Seguiu-se repetindo, como em um mantra, as grandes diretrizes do direito à saúde, universalidade e integralidade da atenção, mas não se comentou sobre o modo como dezenas de outros países vinham dando concretude a diretrizes semelhantes. Relegamos ao segundo plano grande parte do conhecimento organizacional e sanitário desenvolvido pelos sistemas nacionais, como foi o caso da regionalização, da constituição de uma rede, com comando único, das várias modalidades de serviços e de equipes. Qual seria o modelo organizacional do novo sistema? Que política de pessoal dever-se-ia adotar para lograr os objetivos ambiciosos definidos na Constituição? Mesmo a ênfase na implantação de uma ampla rede de atenção primária, aqui, andou a passo lento e surgiu de modo distorcido. O Programa de Saúde da Família somente apareceu em 1994 e surgiu como um ‘programa vertical’, sem normas para integrá-lo com o atendimento hospitalar e especializado. Os organogramas de grande parte das secretarias municipais, estaduais e do Ministério da Saúde ainda conservam departamentos separados para a atenção básica, hospitalar, de saúde mental, AIDS etc.

Durante os primeiros anos de implantação do SUS, privilegiaram-se o caminho da municipalização e o da construção de mecanismos para repasse de recursos, particularmente para o custeio da assistência. Criaram-se os Fundos de Saúde, Normas Operacionais, que transferiam recursos e responsabilidades assistenciais e de gestão a municípios e estados, contudo, apagaram-se as referências à constituição do sistema nacional. É curioso observar que voltamos as costas para a experiência dos países que vinham trabalhando com políticas muito semelhantes à nossa. Até mesmo a referência à origem da matriz discursiva do SUS tendeu a apagar-se. Verifiquei que grande parte de meus alunos acreditava que o Brasil inventara a portentosa engenharia organizacional do SUS. Este fenômeno mereceria investigação cuidadosa, porém trata-se de um fato facilmente constatável ao exame das portarias, programas e investigações desenvolvidos durante os anos 1990.

Raramente há supressão do passado; ele se recompõe dentro do novo, modificando-se e alterando a vocação de futuro radicalmente inovador do suposto novo total. Conforme foi relatado acima, a relação entre o público e o privado na área de saúde brasileira pode também ser considerada singular. Ao contrário de Portugal ou da Grã-Bretanha, aqui se optou por não nacionalizar a rede privada e filantrópica de hospitais. Criou-se a modalidade de convênios e de contratos, que jamais evoluiu para contratos de gestão, dificultando a integração destes serviços ao SUS. Esta decisão atenuou em muito a oposição de médicos e empresários da saúde ao SUS. Não se observou, no Brasil, ao contrário da maioria dos países em que se socializou a atenção à saúde, grande confronto entre a reforma sanitária e médicos, empresas médicas e de seguro saúde. Não houve imigração em massa de profissionais, ao contrário, importante corrente do movimento médico aliou-se aos defensores do SUS (CAMPOS, 1988). Entretanto, o não-enfrentamento

desse dilema talvez explique grande parte da dificuldade do SUS em integrar a rede hospitalar à atenção básica e em articular redes regionais.

Há outro elemento importante a ser considerado nesta história de coprodução do SUS e que, provavelmente, esteja também relacionado com este esforço nacional de ‘apagamento’ da origem do SUS. Pois bem, o SUS foi criado e filiou-se a esta tradição no auge da crise do socialismo e das políticas públicas, no momento áureo da constituição de um discurso que defendia uma retomada do liberalismo. Michel Foucault (2008), em 1978, analisando este processo, com grande capacidade de antecipação, identificou que para esta nova racionalidade a grande e única ‘política social’ seria o próprio crescimento econômico. Comentava ainda que a experiência socialista não compusera uma “nova arte de governar”, uma vez que ou importara modelos de gestão do capitalismo ou atualizara modos de operar originários da tradição autoritária dos estados absolutistas. Apesar de concordar com o autor, considero que a tradição sintetizada no informe Dawson, e desdobrada em várias experiências sociais concretas, seria uma exceção àquela tendência, já que, em saúde, haver-se-ia desenvolvido uma ‘governamentalidade’ sofisticada, que combinava reformas de ordem política, gerencial e sanitária. Uma evidência empírica desta percepção talvez esteja na sobrevivência da quase totalidade dos sistemas socializados europeus à sanha privatizante dos últimos 20 anos. Apesar das dificuldades e falhas de desempenho, a cultura das políticas públicas de saúde ganhou legitimidade social e conseguiu se impor ao discurso dominante.

Pois bem, o SUS depende de uma arte de governar sofisticada e inovadora, poderíamos afirmar, creio, apesar dos 88 anos desde a publicação do informe. Como concretizar governança para este tipo de intervenção social em um país com forte história de resistência a reformas sociais populares? Em um país com entranhada tradição de gestão patrimonialista do Estado e dos programas públicos?

Acredito que a construção de ‘governança’ para o SUS poderia ser considerada um movimento estratégico, desde que compreendamos ‘governança’ no sentido ampliado acima exposto, isto é, como um desafio político, organizacional e epistemológico. Um desafio com elementos ainda desconhecidos, mas também com uma larga tradição que podemos visitar, recuperar e reconstruir.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. *O dilema preventivista*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARROS, N.F.; CECATTI, J.G.; TURATO, E.R. *Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares*. Campinas, SP: UNICAMP, 2006.

BOBBIO, N. *Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos*. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BRASIL, Constituição de 1988. *Constituição da república Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL/MS. *Lei 8080* de 19 de setembro de 1990: dispõe de condições para a promoção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

- CAMPOS, G.W.S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1988.
- CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- DONNANGELO, M. CECÍLIA F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*, tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- FOUCAULT, M. *Nascimento da Biopolítica*, tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
- HARTZ, Z.M.A. Institutionalizing the evaluation on health programs and polices in France. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 229-260, 1999.
- MARX, K. *O Capital*, tradução Regis Barbosa e Flávio Kothe. São Paulo: Nova Cultural, 1985.
- MINAYO, M.C.S. Estrutura e Sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 7-20, 2001.
- NIETZSCHE, F. *Genealogia da moral*. São Paulo, Companhia das Letras, 1992.
- OLIVEIRA, J.A.; FLEURY, S. *(Im)Previdência social: sessenta anos de história da previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro, ABRASCO/Vozes, segunda edição, 1989.
- OPAS/WHO. *Dawson Report on the future provision of medical and allies services*. Washington: Publicación Científica 93, 1964.
- RODRIGUES NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

Política pública de saúde: qual o rumo?

Documento do Cebes

As políticas públicas fundadas no atendimento das necessidades e direitos humanos básicos constituem o eixo da política social de Estado, estruturada desde a Constituição de 1988 no seu artigo 6º Direitos Sociais e no seu Título III da Ordem Social com destaque aos Capítulos II e III: Seguridade Social e Educação. No Brasil, a operação da política social pós-1988 combina duas vertentes: a implementação de direitos sociais nos ‘sistemas públicos’ de Saúde, Previdência, Assistência Social, Seguro Desemprego e Educação Básica, que são responsáveis principais pela implementação dos benefícios monetários e em espécie destinados às famílias; com políticas de ‘transferências voluntárias de renda’ às famílias na linha da pobreza a exemplo do programa do Bolsa Família. Essas duas vertentes da política social correspondem atualmente à destinação de recursos públicos aos beneficiários de política social, de magnitude equivalente a 25% do Produto Interno Bruto (PIB).

Políticas públicas na área social: o contexto constitucional

Os referidos sistemas públicos constituem o cerne da melhoria nos indicadores da igualdade – a melhoria na distribuição da renda tem por fundamento o acesso universal das famílias, especialmente dos mais pobres, aos direitos sociais nos sistemas de Seguridade Social e Educação Básica. Nesses sistemas, os benefícios contínuos pagos pelo Instituto Nacional do

Seguro Social (INSS) e pelo Seguro Desemprego, correspondentes atualmente a pouco mais de 34 milhões de benefícios diretos mensais, são o aporte significativo de recursos monetários que afetam positivamente a renda das famílias mais pobres. Ressalte-se que esses benefícios estão ligados a relações de trabalho interrompidas por algum motivo incapacitante ao trabalho e estão protegidos pelo vínculo ao salário mínimo como piso constitucional. São direitos trabalhistas, previdenciários e assistenciais, exercitados por iniciativa dos cidadãos. Além do mais, a política de valorização do salário mínimo carrega uma enorme base desses benefícios monetários (2/3 dos 34 milhões), e ainda protege o mercado de trabalho ativo, que tem apresentado crescimento do emprego formal em ritmo bem mais veloz que o do crescimento da própria economia.

Outro importante componente de política social fundamentada em direitos, que mesmo não se expressando em benefícios monetários, afeta decisivamente o bem estar das famílias, sob a forma de prestação de serviços públicos essenciais à manutenção da vida digna, reside na prestação dos benefícios em espécie, de caráter qualitativo, trazidos essencialmente pelos serviços de saúde e educação básica, dos quais o primeiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), será objeto específico de análise de rumos neste texto.

Sendo o SUS parte integrante do sistema de direitos sociais básicos, instituído a partir da Constituição de 1988, ele depende, como dependem as demais políticas sociais aqui referidas, dos recursos estaduais, fiscais e das contribuições sociais, sendo que para cumprir o importante papel equalizador desses sistemas, a redistribuição de renda social é crucial.

A política social de Estado fundamentada em direitos sociais aporta recursos substanciais à base da pirâmide mais pobre – algo como nove em dez unidades de renda distribuída às famílias, e se complementa com transferências voluntárias dos programas de governo focalizados na linha da pobreza. É esse conjunto que tem permitido nos últimos anos (desde 1996, sendo intensificada e melhor gerida a partir de 2003) melhorar a distribuição da renda do trabalho mais do que compensando certa estagnação da participação dos salários na renda das famílias, como observado pelos dados mais recentes das Contas Nacionais, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Participação do trabalho e dos benefícios sociais na renda interna bruta – de 2000 a 2006 (%)

Renda	Anos						
	2000	2001	2002	2003	2005	2006	
Renda interna bruta	100	100	100	100	100	100	
Salários e ordenados	32,1	31,96	30,9	31,09	31,74	32,54	
Benefício social monetário	13,59	14,1	15,26	15,59	14,97	15,46	
Benefício social em espécie	8,48	8,3	8,72	8,34	8,12	8,57	
Benefício social monetário + benefício social em espécie	22,07	22,4	23,98	23,93	23,09	24,03	

Fonte: IBGE

Tal movimento distributivo é ainda precário por três motivos básicos:

1. carece de avanços significativos em razão da não-inclusão de parcela expressiva da população em geral e especificamente da População Economicamente Ativa, ainda não atendida pelos sistemas integrantes da Seguridade Social (Saúde, Previdência, Assistência e Seguro Desemprego);
2. depende de mudanças tributárias de caráter redistributivo progressivo (dos mais pobres aos mais ricos e das bases fiscais do consumo e produção para a renda e patrimônio) para viabilizar a inclusão dos excluídos ao acesso a direitos sociais, expressos sob forma de benefícios monetários e não monetários, além da redução da desigualdade social, ainda entre as mais acentuadas do mundo;
3. ainda não conseguiu alterar o projeto de emenda constitucional que tramita no Congresso Nacional e dispõe sobre reforma tributária que extingue contribuições sociais, fragilizando ainda mais o financiamento de vários benefícios da Seguridade Social, inclusive do SUS.

Feita essa contextualização de conjunto do movimento recente da política social no Brasil, será examinada a seguir, com maior profundidade, uma de suas instituições essenciais – o SUS.

Os Sistemas Públicos de Proteção Social

Proteção social é a garantia pública do acesso universal a bens e serviços essenciais à dignidade humana, não garantidos pelo mercado. Exemplos: Saúde – Educação – Segurança Pública – Previdência Social – Transporte Coletivo – Habitação, Cultura e outros Direitos Humanos consagrados na Carta da Organização das Nações Unidas (ONU).

Surgimento e expansão das políticas de proteção social

As políticas de proteção social foram iniciadas em alguns países europeus (Alemanha, Inglaterra, alguns países escandinavos) na primeira metade do século passado, por consequência de várias formas de prolongadas lutas das classes trabalhadoras, mas tomaram forma de políticas públicas e expandiram-se a partir da 2ª Guerra Mundial, em meados do século 20, além das lutas internas trabalhistas, também em função da resistência ocidental às revoluções socialistas estatizantes: na Escandinávia, Europa Central, Canadá, Portugal/Espanha (após a queda do salazarismo e franquismo), Austrália, Japão, Nova Zelândia e outros. Essa expansão manteve a universalidade dos sistemas de proteção social, mas incluiu por décadas o paternalismo, o burocratismo, os desperdícios e os corporativismos estatais.

Evolução recente das políticas de proteção social

Nas últimas décadas as distorções das políticas de proteção social apontadas passam a ser controladas gradativamente pela sociedade organizada e o Legislativo, e o desenvolvimento de novos modelos de gestão e de administração pública, sem retrainir o financiamento público e

mantendo-o compatível com os direitos sociais e com a adesão da população a esses sistemas, incluindo todos os estratos médios da sociedade e parte da elite e os governantes, até porque constam nesses avanços várias formas de participação efetiva na formulação e controle dessas políticas públicas. Essa linha comum representa a média de diferentes trajetórias e cronologias nacionais de acordo com a história da relação sociedade Estado em cada país, sua cultura e seu projeto nacional de desenvolvimento. Assim, os sistemas públicos de proteção social foram abalados, mas resistiram à onda neoliberal dos anos 1980 e 1990 ('tachterismo') e também à recente crise econômico-financeira de 2008 e 2009, mantendo os mesmos níveis de financiamento e desenvolvimento da gestão pública. O Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário identifica, em pesquisa comparativa, a faixa de renda no Brasil de R\$ 3 mil a R\$ 10 mil mensais com a população da França, Inglaterra e Suécia. Em nosso país, em 2008, 157 dias de trabalho pagaram os tributos das três esferas, e outros 117 dias pagaram no mercado serviços privados de saúde, educação, previdência, segurança pública e pedágio. Naqueles países com carga tributária similar, esses serviços são universalizados, gratuitos e de qualidade. Não somente vão esgotando a capacidade das relações capitalistas suportarem a queda da desigualdade, mas vão avançando nessa queda por meio da permanente intervenção democrática do Estado, limitando e reorientando o livre desenvolvimento das relações capitalistas nesses sistemas públicos. É o que vemos como 'modelo europeu' que se adéqua e se desenvolve em países desenvolvidos e em desenvolvimento nos vários continentes.

O financiamento público da saúde no 'modelo europeu'

No 'modelo europeu', alcançou-se cobertura pública universal de acesso integral aos serviços de saúde para 100% (ou quase) da população por meio de duas modalidades principais de financiamento público: seguros sociais de saúde (modelo bismarckiano) de contratação compulsória financiados principalmente por contribuições vinculadas ao trabalho e proporcionais aos salários, e o modelo beveridgiano de serviço nacional de saúde, denominado de Sistema Nacional de Saúde (SNS), financiado com recursos fiscais (em geral em regime de tributação progressiva com base à renda), garantindo-se acesso como direito de cidadania sem necessidade de contribuição prévia. Em ambos os modelos, a presença estatal na prestação de serviços de saúde é importante, com oferta predominantemente pública no setor hospitalar e especializado; no setor ambulatorial, observam-se diferentes setores públicos e privados, variando com centros de saúde públicos ou consultórios de médicos credenciados.

No 'modelo europeu' cerca de 80% dos gastos totais em saúde são públicos, o que corresponde de 6 a 8% do PIB e por volta de US\$ 2.000 públicos *per capita* ao ano (US\$ padronizado pelo poder de compra para comparação entre países). Os gastos privados correspondem em média a 20% do financiamento total. Aproximadamente 10% da população são cobertos por seguros privados, que não são em regra subsidiados com recursos públicos, atendendo sob o marco regulatório básico da qualidade do sistema público e da não duplicação com esse sistema, e sim com a suplementação.

A lógica de oferta dos serviços públicos de saúde

A lógica de oferta dos serviços públicos de saúde baseia-se em dois pilares: a) atenção primária à saúde, universal e altamente resolutivo (de 85 a 90% das necessidades de saúde) e b) predomínio público nos serviços assistenciais de média e alta complexidade, diretamente ou por meio de serviços privados, não-lucrativos, totalmente voltados e regulados para o interesse público. Essa lógica contrapõe-se à tendência histórica da rede de atenção primária a ser compelida e induzida a mera triagem (de baixa resolutividade) para os interesses econômicos e corporativos dos serviços mais complexos e de maior custo, quando hegemônicos pelo setor privado lucrativo. Em vários países do ‘modelo europeu’ o número de médicos generalistas já é igual ou ultrapassa o de especialistas, e em outros tantos a remuneração média de uns e outros já se equipara, o mesmo se dando com os demais profissionais de saúde, sendo a relação da equipe de saúde de família com a população adscrita por volta de 1:2.000 (1.500 a 2.300).

Sua tendência

A tendência mencionada anteriormente encontra-se no desenvolvimento da permanente ‘tensão’ entre o ‘Estado’ (e seu processo de democratização) e o ‘setor privado de mercado’. Uma das estratégias desse setor privado é a de pressionar subsídios públicos a gastos privados com seguro privado de saúde com cálculos de valores caso a caso, complexos, de alta regressividade social e com baixíssima visibilidade pública, visando facilitar ao Estado, aparentar cuidado com o financiamento público, sob pressão macroeconômica por contenção de gastos.

O caso dos Estados Unidos

Situação atual

A assistência médico-hospitalar é questão historicamente pertencente ao âmbito da livre iniciativa do prestador privado de serviços, das seguradoras privadas e do consumidor, sob as leis de mercado e dos *lobbies* industriais e das seguradoras privadas de saúde, sem intervenção ou regulação pelo Estado no que tange aos critérios de oferta de serviços, custos e preços, incluindo as ações judiciais. Há altos subsídios públicos ao seguro privado de saúde. Consequências do império do livre mercado altamente subsidiado com recursos públicos: a) os custos são incontavelmente crescentes (dobraram nos últimos 9 anos), levando o setor saúde a gerar metade das inadimplências totais no país e gastar US\$ 2,5 trilhões em 2008, correspondendo a 16,2% do PIB, com um *per capita* anual de US\$ 8.333 e b) dos 308 milhões de habitantes em 2008, 46,2 milhões estão descobertos de assistência à saúde. Há proteção parcial de programas governamentais (*medicare* para idosos acima de 65 anos, *medicaid* para os pobres com renda mensal inferior a US\$ 1,200, *S-Chip*, veteranos das Formas Armadas e outros), que cobrem 83,1 milhões, com gastos públicos anuais de US\$ 625 bilhões correspondendo a 4% do PIB, com *per capita* anual de US\$ 2,100, inseridos nos totais já referidos, e sujeitos ao mesmo crescimento de custos. Por final, 163,2 milhões compram seguro privado de saúde e 15,4 milhões compram diretamente

serviços privados de saúde. Apesar desse altíssimo custo os indicadores básicos de saúde vem sendo piores que os dos países do ‘modelo europeu’ e até mesmo de Cuba e Costa Rica.

A lei sancionada em março de 2010

Em março de 2010, resultou da negociação dos projetos da Câmara e do Senado uma nova lei que excluiu a alternativa de seguro público que constava no da Câmara, manteve o sistema basicamente privado (seguradoras e prestadores) e respaldou avanços regulatórios pelo Estado visando à inclusão da população hoje excluída de cobertura assistencial, destacando-se:

- implementação das mudanças até o final de 2019, o que consumirá recursos novos na ordem de US\$ 1 trilhão (US\$ 100 bilhões anuais) com base na elevação de impostos nos extratos sociais de maior renda;
- *medicaid*: é ampliada a faixa de renda dos beneficiados de US\$ 1.200 para US\$ 1.500 com correspondente elevação do orçamento público;
- acima de US\$ 1.500 são estabelecidas faixas de subsídios (isenção de impostos) para compra de planos privados em mercado com preços regulados, paralelo ao mercado geral;
- inclusão das doenças preexistentes na compra de planos privados;
- ampliação da faixa etária de dependentes até 26 anos;
- estabelecimento de multas crescentes para os que não comprarem planos privados de saúde;
- *medicare*: após elevação inicial no seu financiamento público, passará para redução gradativa dos gastos governamentais;
- estabelecimento de sistemas de controle de gastos, inclusive o investimento em investigações no campo da relação custo – efetividade do sistema de saúde no país.

O caso do nosso país

No financiamento

Ao contrário do ‘modelo europeu’, somente 44% do financiamento total dos serviços de saúde é de origem pública, o que corresponde a somente 3,7% do PIB e por volta de US\$ 350 públicos anuais *per capita* (dólar corrigido pelo poder de compra), o que nos coloca entre os países com menor financiamento público *per capita* do mundo, inclusive inferior à Argentina, Uruguai, Chile, Costa Rica e Panamá, na América Latina. A área econômica de todos nossos governos desde 1990 vem comprovadamente, de forma ininterrupta, retraindo a participação federal no financiamento desse sistema público. Essa retração é chocantemente exposta na queda porcentual da participação federal, ano a ano, no gasto público total em saúde, comparada à elevação porcentual dos estados e municípios, assim como no estacionamento do porcentual do gasto federal no PIB, comparado com a elevação do porcentual do gasto estadual e municipal no PIB, assim como a queda do porcentual da despesa do Ministério da Saúde (MS) na Receita Corrente da União, comprado com a elevação do porcentual dessa receita no PIB e também na queda do *per capita* federal na saúde

com base nos valores médios anuais do dólar, comparada a elevação correspondente do *per capita* estaduais e municipais. O MS teria orçamento bem maior que o dobro do previsto para 2010, hoje por volta de R\$ 62 bilhões, caso não houvesse a retração federal, para não falar no devido a cada ano que nunca será reparado à população, nem se repetiria a cada ano a humilhação dos conselhos nacionais de secretários estaduais e municipais de saúde, de clamar por adicionais federais para pelo menos manter a mesma oferta de serviços do ano anterior. Para 2010 estão faltando R\$ 6,19 bilhões para manter a situação de 2009 sem incremento de serviços.

A própria aprovação da Emenda Constitucional n.º 29 no ano 2000 trouxe no seu bojo uma derrota diante do ‘rolo compressor’ da área econômica federal, que retirou a aplicação para essa esfera, do critério de porcentual mínimo sobre a arrecadação, mantendo-o somente aos municípios (15%) e estados (12%), e impondo a variação nominal sobre o PIB do ano anterior, o que garantiu a continuidade da retração da sua contrapartida, cujo valor real de 1999 dos recursos federais *per capita* ficou maior do que nos anos restantes de 1995 a 2008, em comparação corrigida pela deflação com base em 2008. Essa derrota foi, na realidade, a própria ‘legalização da retração da participação federal’, cuja revisão poderá ocorrer somente na regulamentação remetida pela própria emenda.

Na relação público-privado

Também a partir de 1990, a área econômica vem elevando, ininterruptamente, subsídios públicos (diretos e indiretos) ao mercado de planos e seguros privados de saúde. Esses subsídios incluem isenção tributária a hospitais privados terciários credenciados por operadoras de planos privados, a participação do orçamento público, incluindo as estatais, no financiamento de planos privados aos servidores públicos, as deduções no Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) e de pessoa jurídica (IRPJ) dos consumidores de serviços privados de saúde, e o não-ressarcimento das operadoras privadas previstos na lei n.º 9.656/1998. O valor total desses subsídios corresponde hoje a mais de 20% do faturamento anual do conjunto de todas as operadoras privadas de planos e seguros de saúde que atuam no país (estudos em andamento apontam para porcentagem significativamente maior). A decorrência imediata é a elevação acintosa da disparidade e iniquidade do financiamento da saúde em nossa sociedade: o *per capita* em reais do SUS para toda a população é por volta de R\$ 675 anuais e dos planos e seguros privados para seus afiliados (25% da população) é de R\$ 1.428, e como esses afiliados também estão cobertos pelo SUS, seu *per capita* efetivo é de R\$ 2.103. Com relação ao valor estimado do não ressarcimento, é importante lembrar que: a) já em 2003, a pesquisa nacional de amostras por domicílio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNAD/IBGE) revelava que 7% dos atendidos nos ambulatórios do SUS eram afiliados a planos privados, assim como 8,4% dos atendidos em exames diagnósticos, 11,6% em procedimentos de alta complexidade e 6,7% das internações, nas quais, 9% para as cirúrgicas, afora a cobertura das ações de vigilância sanitária, imunizações, controle da AIDS e outras; e b) o valor dos gastos do SUS com procedimentos de alta complexidade é mais de quatro vezes maior que o das internações.

Na administração pública

Nessa fundamental responsabilidade de Estado, todos os governos também vêm mantendo o anacronismo da administração pública direta e autárquica na área social das necessidades e direitos da população: o patrimonialismo, o burocratismo, a desconsideração da diversidade e das necessidades regionais, a lentidão, a total precarização da política de recursos humanos na saúde e a conseqüente inadequação ao atendimento das necessidades e direitos da população. Esse inexplicável e injustificável anacronismo, articulado ao subfinanciamento federal e à predatória relação público-privado, remete à questão: como é entendido e aplicado o artigo 197 da CF sobre a relevância pública?

Na lógica da oferta de serviços

A atenção primária à saúde não consegue assumir o rumo da universalidade nem da alta resolutividade (de 85 a 90%), mantendo-se sem perspectiva de tornar-se porta de entrada no sistema, nem de elevar a cobertura média efetiva, acima de 40% da população (abaixo da linha de pobreza). Os serviços assistenciais mais complexos permanecem no centro do sistema de saúde e são hegemônicos por entidades privadas diretamente lucrativas, ou por meio de terceirizações privadas lucrativas a partir de instituições públicas (mais de 70% da oferta hospitalar do SUS está com o setor privado, lucrativo e não-lucrativo), o que vem impedindo o exercício do caráter complementar disposto em lei. Não mais que 10% dos médicos são generalistas, boa parte precários e sem apoio de ações adequadas de educação permanente; sua remuneração média é significativamente menor que a dos especialistas, estão em grande rotatividade (70% não chegam a 3 anos na atividade) e sob o parâmetro oficial de 3.500 pessoas por equipe de saúde de família, que além de excessivo se torna na prática muito maior. Os serviços assistenciais de média complexidade – ambulatoriais, hospitalares e laboratoriais, eletivos e de urgência – são em regra extremamente congestionados, acumulando a função de porta de entrada com longas esperas, agravamento de doença, desperdícios com ações evitáveis ou desnecessárias, na maior parte remunerados por produção, e o inaceitável sofrimento da população. Os gestores descentralizados do SUS são compelidos a despender uma parte cada vez mais insustentável do seu tempo, energia e angústia com esforços para completar, com recursos próprios, valores defasados da tabela federal de remuneração para viabilizar a diminuição da repressão da demanda dos casos mais graves e das urgências, além do imperativo legal das ações judiciais para procedimentos de maior custo, o que torna mais escassos os recursos para o atendimento eletivo e preventivo, os quais além de contemplar direitos reduzem os agravamentos e as urgências.

Na defesa do SUS legal

Apesar dos grotescos desvios impostos ao SUS e ao equacionamento estrutural da atenção às necessidades e direitos da população, a maioria dos gestores descentralizados, em aliança tácita, na prática, com a maioria dos trabalhadores de saúde e conselheiros de saúde, vem desenvolvendo desde 1990 surpreendente capacidade de gestão de sistema público no âmbito das pac-

tuações interfederativas, do planejamento, da territorialização, da regulação da oferta pública de serviços, da contratualização, da regionalização e da gestão participativa, como que tirando água das pedras. Foi o prosseguimento e avanço das Ações Integradas de Saúde (AIS) e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) nos anos 1980, que por sua vez sucederam o movimento municipal de saúde dos anos 1970, após a crise do ex-INAMPS. Essa aliança tácita na prática, de centenas de milhares de novos atores no cenário da saúde, gerou inacreditável elevação da produtividade e da oferta de serviços e consequente inclusão social no sistema público, por volta de metade da população brasileira, antes excluída de qualquer sistema de saúde. Nessa aliança sempre houve apoio e participação pessoal fundamental ou pelo menos assentimento de importantes setores técnicos do MS e de ministros. Os atuais 2,8 bilhões de atendimentos ambulatoriais ao ano (metade de atenção primária), assim como os 230 milhões de vacinações, 10,7 milhões de internações, os 400 milhões de exames laboratoriais, o controle da AIDS, os 23 milhões de ações de vigilância sanitária e os 12 mil transplantes são alguns dos reflexos numéricos dessa produção e inclusão: trazem dentro de si distorções, desperdícios e iatrogenias dos modelos de gestão e atenção herdados e ainda não reestruturados em função das necessidades e direitos da população e do ideário do SUS, mas trazem também importantes quedas em indicadores de doenças e óbitos, assim como satisfação da população antes excluída. As milhares de experiências exitosas que ocorrem continuamente no SUS em todo território nacional por conta dos gestores descentralizados, trabalhadores e conselheiros de saúde permanecem, em regra, locais, efêmeras ou de baixa capacidade de expansão por não conseguirem mudar estruturas, porém expressam energia coletiva, compromisso e vontade política de incontestável potencial transformador e prenhe de futuro. O desafio presente seria sua orientação para a mobilização das entidades da sociedade civil e do Legislativo com vistas à retomada do rumo constitucional do SUS.

O caso Brasileiro, o caso dos Estados Unidos e o 'modelo europeu'

No caso brasileiro, toda a 'classe média', os 'trabalhadores sindicalizados' e os 'servidores públicos' vêm sendo compelidos a optar pelos planos privados de saúde como solução das suas necessidades e direitos, assim como sensibilizar-se pelo paradigma dos Estados Unidos de que os serviços privados e o mercado são mais competentes na oferta dos serviços necessários. Nessa linha, a Agência Nacional de Saúde (ANS), órgão de Estado, vem desenvolvendo competente regulação para modernizar e qualificar as operadoras de planos privados e seus serviços credenciados, valendo-se inclusive do princípio constitucional da Integralidade, o que vem consolidando e ampliando a adesão dos referidos segmentos da sociedade. Acresce-se a atuação da ANS na orientação, disciplinação e intermediação de empréstimos estatais especiais para investimento em edificação e equipagem de hospitais privados de maior porte vinculados a operadoras de planos e seguros privados de saúde em grandes centros urbanos; por exemplo, em São Paulo, 20 hospitais ampliam-se inclusive com unidades em outros bairros, elevando de 3.000 para 5.300 o total de leitos, a um custo estimado de R\$ 3,4 bilhões com aporte de recursos do Banco Nacional

do Desenvolvimento (BNDES) que vai de 20 a 80% do custo conforme a obra e as negociações. Também nessa linha o SUS vai perdendo não só a adesão, como também a defesa e militância dos três segmentos da sociedade referidos, todos com grande potencial de pressão e mobilização o que lhe priva de decisiva base de sustentação social. O SUS, conquistado pela sociedade na Assembleia Nacional Constituinte em 1988, universal, equitativo, qualitativo e de atenção integral, segue na prática o rumo de um sistema público de saúde pobre destinado aos 75% pobres da população, e complementar para os 25% restantes, afiliados aos planos privados, em especial para os serviços diagnósticos e terapêuticos de maiores custos, ações de imunização, de vigilância em saúde e outros. As intervenções de Estado que há 20 anos imprimem o rumo do SUS 'real' estariam espelhadas no caso dos Estados Unidos? Estariam equivocadas devido ao baixíssimo poder aquisitivo da grande maioria da nossa população, sem chance de ser compensado pelos subsídios públicos à realização do mercado na saúde? Estaríamos perante uma caricatura do caso dos Estados Unidos? Essa estratégia ou a política pública real não estão formuladas abertamente e democraticamente? Tampouco as intervenções de Estado nestes 20 anos encontram-se espelhadas no 'modelo europeu'? São questões mutáveis? Quais os setores da sociedade e grupos de interesse que são hegemônicos na definição dessa política real e estratégias decorrentes, que vigoram há 20 anos, ao nível de política de Estado? A responsabilidade de governo de formular estratégias e expedir atos oficiais referentes ao subfinanciamento federal, à promiscuidade público-privada e ao anacrônico gerenciamento das unidades públicas de saúde, nesses 20 anos, vem tendo a participação ou sendo debatida na estrutura do SUS – Ministério da Saúde, CNS, CONASS, CONASEMS, no Legislativo e Sociedade Civil, ou somente na área econômica de todos os governos (do Estado)?

Pressupostos para a proposta

- Os princípios e diretrizes da Seguridade Social e do SUS, ampla e profundamente debatidos e aprovados pelas representações sociais e constituintes de 1986 a 1988, refletiram as políticas públicas mais avançadas da época, centradas em alguns países europeus;
- Os países que hoje mais trilham, na prática, o rumo dado pelos princípios e diretrizes do SUS são todos os que integram o modelo europeu de sistemas de saúde;
- Após a segunda guerra mundial (meados do século passado) as elites dirigentes e o Estado brasileiro absorveram acriticamente a poderosa influência dos Estados Unidos na saúde, à custa de vultosos recursos públicos que foram subsidiando de maneira forte e decisiva, tanto o investimento hospitalar privado (recursos principalmente da Caixa Econômica Federal) como o custeio da prestação privada de serviços para a Previdência Social por meio de contratos sem licitação, o que estabeleceu na saúde, em nosso país, um capitalismo não concorrencial, sem riscos e desregulado. Este modelo autofágico, refém da oferta e não das necessidades da população esgotou-se ao final dos anos 1970; continuou moribundo e ensejou nos anos 1980 a emergência das AIS, dos SUDS e do SUS;
- Nos anos 1980 aconteceu novo espaço político, socialmente conquistado, com a queda

da ditadura e retomada da democracia política, quando a influência dos Estados Unidos na saúde foi obrigada a ceder espaço para as atenções que se voltavam ao que foi identificado como mais avançado ‘modelo europeu’ de sistema de saúde, com adequações às realidades brasileiras;

- A partir dos anos 1990, o mesmo viés das elites dirigentes e do Estado ‘moderniza’ o capitalismo sem risco na saúde com forte elevação de subsídios públicos, crescentes e decisivos às operadoras privadas de planos e seguros de saúde e seus consumidores, e em 1998 é aprovada a lei n° 9.656 que organiza e disciplina esse ramo do seguro privado;
- A ANS, órgão estatal, foi criada em 2000 com o objetivo especial de regular o mercado de planos e seguros privados de saúde, qualificando o padrão assistencial, assegurando os direitos dos consumidores, a estabilidade financeira das operadoras privadas e as condições de consolidação e expansão desse mercado;
- Para o desempenho da sua missão institucional a ANS conta desde o início com todo apoio governamental para atração e fixação de competente quadro de técnicos de nível superior, hoje por volta de 600, concursados, com carreiras e remuneração de R\$ 8 mil a 14 mil mensais e seus cinco diretores, inclusive o presidente, sabatinados no Senado e com mandato de quatro anos. O apoio governamental estende-se aos subsídios públicos (já referidos) a esse mercado, incluindo Medida Provisória governamental e resoluções da ANS que restringem o ressarcimento obrigado pela lei n.º 9.656/1998, a valores simbólicos de parte pequena das internações eletivas no SUS, para afiliados às operadoras privadas. Em contraposição, o último concurso para quadro próprio do MS data de 1984 e seu reduzido corpo técnico cinge-se a cargos temporários de confiança, concursos temporários de 2 ou 3 anos e contratações terceirizadas, remuneração baixíssima comparada à da ANS, e duração média do mandato dos ministros, de pouco mais de 1,5 anos desde 1990;
- Tanto o MS nesses 20 anos como a ANS nos seus 10 anos desenvolvem sofisticados sistemas de informatização e informação em que uma das principais finalidades é a detecção e prevenção de duplicações/superposições assistenciais entre os dois sistemas e dentro de cada um, com a finalidade de controlar desperdícios e contribuir no planejamento da oferta de serviços em função das necessidades dos usuários e não da própria oferta. Inclui a identificação de todas as situações de ressarcimento pelas operadoras privadas de planos de saúde ao SUS pelo atendimento dos seus segurados. O ‘cartão-SUS’ ou ‘cartão-saúde’ de todos os cidadãos brasileiros seria o instrumento de cidadania nessa finalidade, e várias contratações milionárias de empresas de *hardware* e *software*, já ultrapassando a casa do bilhão de reais, vêm sendo realizadas desde os anos 1990. Há um ‘encantamento’ sobre as responsabilidades, os compromissos, as metas e etapas nessa área, à espera da imprescindível transparência e participação de todos os órgãos colegiados do SUS;
- A adesão das nossas elites dirigentes e do Estado aos mandamentos do neoliberalismo a partir de 1995, reflete-se na grande elevação em 10 anos, até 2005, dos gastos da União com os encargos da dívida pública sob os juros entre os mais altos do mundo: de 18,7 para

42,4%. Ao que correspondeu à queda vertical dos gastos da União com saúde, educação, saneamento básico, segurança pública, habitação, cultura, justiça, energia, transporte e defesa nacional (políticas públicas) de 47,7 para 26,4%. Essa inversão foi a financeirização dos orçamentos públicos, a qual atingiu também os Estados e Municípios. Ao nível da cultura política e valores dos agentes de Estado (área econômica), a saúde, educação, segurança pública e outros, não são investimentos de retorno, mas simples gastos a serem contidos: direitos sociais satisfeitos não são ‘retorno’ nem universalização. A categoria ‘negócios’ do mercado adentrou as transações no interior do Estado. O predomínio da estratégia da transferência de renda sobre a dos sistemas públicos de proteção social justifica, assim, os polpidos subsídios públicos ao mercado na saúde (saúde suplementar), enquanto simples mecanismos de transferência de renda às empresas operadoras e aos 25% da população afiliada aos planos. Até o nome ‘suplementar’, mais atraente, acoberta a realidade do sistema privado ‘duplicado’, que não é, na prática, simples suplemento;

- Até nas divulgações governamentais sobre temática extremamente oportuna, que é o caso do projeto de lei em elaboração pelo governo federal de Consolidação das Leis Sociais, toda a ênfase está concentrada nos programas de subsídios públicos ao consumo, comercialização e produção como o PROUNI na educação, a Farmácia Popular e Brasil Sorridente na Saúde, os Restaurantes Populares e Distribuição de Leite na Alimentação, além do Bolsa Família e vários outros, inabdicáveis para as necessidades sociais imediatas dos excluídos. Porém, nenhuma enfatiza ou até referencia a responsabilidade histórica do Estado e Governos com a estruturação, financiamento e efetivação dos sistemas públicos de proteção social definitivos e de direito da população;
- O atraso social e político do nosso sistema tributário, entre os mais regressivos e geradores de desigualdades do mundo, está também ligado ao atraso das elites dirigentes e do Estado: mais de 40% da carga tributária total é extraída da população com renda menor que 2 salários mínimos, e a tributação incide muito mais sobre o consumo e produção, penalizando o processo produtivo, do que sobre a renda/fortuna e patrimônio, protegendo-os (68% da carga tributária incide sobre o consumo), o inverso das sociedades mais desenvolvidas;
- Entre as três esferas de governo o sistema público de saúde é o mais penalizado pela União: segundo recente pesquisa do IPEA, na área social como um todo, 61,9% do financiamento é federal, 21,8% é estadual e 16,3% é municipal, o que acompanha a arrecadação nas esferas (60, 24 e 16%). Para o SUS, no entanto, a participação é 45, 27 e 28%. Apesar da sua deprimente retração orçamentária, os repasses obrigatórios em lei do MS aos Estados, DF e Municípios são decisivos à sobrevivência do SUS, mas além da insuficiência, são ainda marcados por grande número de condicionantes dependentes do centralismo e supernormatividade federal, as quais atropelam a diversidade epidemiológica, social e econômica do país, e a própria implementação do Pacto pela Saúde 2006;
- O Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, nada inova os textos legais do SUS que o definem e organizam, e seria redundante e desnecessário caso a legislação estivesse

sendo realizada plenamente na prática e assumida pelo Estado e governos. O descumprimento sistemático de parte essencial dos textos legais nesses 20 anos, e o redirecionamento do rumo da política pública inicialmente pactuada e legalmente expressada, vem provocando a retomada dessa expressão legal, agora bastante enriquecida com a experiência acumulada de 16 anos pelos atores sociais e institucionais realmente comprometidas com o ideário do SUS, o que redundou no Pacto de 2006. As forças sociopolíticas nos anos 1980 foram suficientes como ‘instituintes’, afim de que a Seguridade Social e o SUS fossem ‘instituídos’. A partir dos anos 1990, uma nova relação de forças na sociedade e no Estado abalou essa suficiência, ao ponto de o SUS instituído não contar com a força da sociedade e Estado necessária à sua plena realização e ao prosseguimento do rumo inicialmente pactuado. Mais uma vez ficou transparecido o relativismo da expressão ‘Estado de Direito’ perante mudanças maiores na relação de forças sociopolíticas, agora, na área das políticas públicas sociais. Mais uma vez, grande parte do ‘instituído’, impedido de se realizar, readquire o caráter ‘instituinte’, no caso não mais para ser legalmente instituído, mas sim para ser assumido e realizado sob as mesmas condições de aglutinação e fortalecimento de forças sociopolíticas. É a mesma circunstância gerada pela quebra financeira do SUS em 1993, cuja reação pedagógica e reaglutinadora cristalizou-se no histórico documento ‘descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei’. É como estar juntando, sempre que necessário, os cacos espalhados conforme o vaso vai sendo quebrado, reajuntando-os e reacumpliciando-os em torno dos propósitos iniciais. Outra circunstância similar decorre do frio escamoteamento dos dispositivos da Lei Orgânica da Saúde sobre o que são ações e serviços de saúde (SUS) e o que são fatores socioeconômicos determinantes do estado de saúde da população (saneamento básico, alimentação, coleta de lixo, renda e outros): as áreas econômicas, principalmente do governo federal e estaduais, conseguem orçar os gastos com determinantes socioeconômicos, para tanto envolvendo Tribunais de Contas e parte do Judiciário e Legislativo, por conveniência ou omissão. Na área federal, a inclusão do ‘Combate à Fome/Bolsa Família’ no orçamento do MS vinha ocorrendo desde 2002 e foi barrada pelo Ministério Público em 2006/2007, e nos Estados destaca-se o caso do Estado de São Paulo que mantém a inclusão no SUS do pagamento dos servidores da saúde inativos, cujos recursos legais já estão previstos em fundo previdenciário próprio. Uma redação mais inequívoca, pedagógica e objetiva sobre o que são ou não ações e serviços de saúde, a constar em texto legal, após tantos anos do referido escamoteamento, será um lance a mais na imprescindível mobilização e pressão instituintes. O que está na lei é inequívoco para os ‘bons entendedores’, alinhados ao SUS, hoje subalternos na relação de forças, e que por isso estão desafiados a criar outras comunicações, convencimentos e adesões aos ‘desconhecedores ou desmotivados’ (a maioria), omissos, na conjuntura atual, em relação aos ‘maus entendedores’, no momento hegemônicos. Devemos continuar brandindo a lei, mas só isso, e continuar nos convencendo a nós mesmos.

Propostas

Cada um dos itens dessa proposta e seu conjunto encerram dois níveis para encaminhamentos: a) contribuição no esforço ‘permanente’ de implementação do SUS ‘legal’, o que implica a correção de rumos do SUS ‘real’; e b) adequação para fins imediatos, do encaminhamento anterior, para obtenção de compromissos devidamente assumidos publicamente, nas plataformas eleitorais que disputarão eleições em 2010, a começar da presidencial, e sem subestimar as estaduais e as parlamentares.

1. Formulação e efetivação ao nível municipal – Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)/ Conselho Internacional de Bem Estar Social América Latina e Caribe (CIBS)/Conselho Municipal de Saúde (CMS)/ Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), estadual (CIBS)/Conselho Estadual de Saúde (CES)/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – e nacional (MS/ Comissão Intergestores Tripartite (CIT)/CNS) de um sistema dinâmico, criativo e permanente de comunicação social, massivo e mobilizador, como: a) divulgação de experiências exitosas do SUS não só com ênfase na atenção primária e na vigilância em saúde, mas também nas ações assistenciais mais complexas, lembrando de forma simples e pedagógica o significado da Universalidade, Integralidade e Equidade para os direitos humanos na saúde; b) entrevistas e debates com usuários do SUS, trabalhadores, gestores, suas representações, parlamentares de vários partidos etc.; e c) apontando, ao final, os obstáculos à efetivação da Universalidade, Integralidade e Equidade e a necessidade da sua superação;
2. Assunção pela sociedade e Estado de valores que levem a uma precedência da organização e funcionamento dos Sistemas Públicos de Proteção Social, sobre os programas de transferência de renda, em caráter estrutural, permanente e progressivo a ser conferido aos sistemas públicos. Assumir como maior marco humanístico e de políticas públicas de Estado, a capacidade de avançar no processo civilizatório e na realização da universalidade dos direitos sociais, enquanto retorno inabdicável dos investimentos públicos nessas políticas de Estado. Essa assunção deve respaldar compromisso explícito dos agentes do Estado, dos Governos e dos postulantes de Governos, com os rumos da construção dos sistemas públicos de proteção social, tomando o SUS como postulado da Constituição Cidadã, por meio de etapas pactuadas com o Legislativo e com a Sociedade, a começar do Projeto de Lei da Consolidação das Leis Sociais;
3. A partir do patamar já alcançado na capacidade de gestão pública em especial dos gestores descentralizados e adesão/dedicação da maioria dos trabalhadores de saúde, a elevação necessária do financiamento do SUS para chegar à irreversibilidade da realização dos seus princípios e diretrizes, na prática, poderá ser estimada em pelo menos um mil dólares *per capita*, por volta de metade da média verificada nos países do âmbito do ‘modelo europeu’, porém por volta do triplo do hoje destinado em nosso país. Essa elevação, a ser realizada por etapas, implicará estratégia global de universalização e qualificação da Atenção Primária à Saúde, visando à resolutividade acima de 85% e requalificação

dos serviços assistenciais de média e alta complexidade, em função do novo modelo. As necessidades e direitos da população precederão e reorientarão os interesses da oferta. O Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão em sua versão oficial original deverá ser o eixo básico da implementação desse item, e o mérito da proposição deverá ter como melhor palco de avaliação do seu cabimento os gestores descentralizados na Tripartite, Bipartites e Colegiados de Gestão Regional;

4. Assunção de reestruturação da relação público-privada na saúde, para um patamar mais avançado e civilizado, com etapas definidas e comprometidas publicamente. Os critérios de complementaridade do SUS, por serviços privados que o integram, deverão ser atualizados e revisados, assim como os de terceirizações, inclusive da gestão da prestação de serviços por unidades públicas. Os critérios de entendimento e práticas do que é hoje denominado Saúde Suplementar deverão também ser atualizados e revisados à luz da duplicação e superposição de coberturas dos serviços para os mesmos segmentos populacionais, ou de uma real suplementação. Por fim, a necessidade imperiosa de iniciar por etapas negociadas com os segmentos sociais envolvidos a redução efetiva de todas as formas de subsídios públicos, diretos e indiretos, ao mercado na saúde, com realocação dos respectivos recursos no SUS, qualificando-o para contribuir na adesão desses segmentos;
5. Assunção da inadiabilidade de avançar e modernizar a estrutura da administração pública no gerenciamento de unidades públicas de saúde, por meio de regulamentação ao nível nacional, do processo legislativo nas três esferas de governo que, a partir dos incisos V e XIX e parágrafo 8º do artigo 37 da Constituição, dispõe sobre a criação da autonomia gerencial e contratos de autonomia na Administração Pública. Nessa regulamentação deve constar a competência dos colegiados interfederativos de cogestão do SUS (CIT e CIBS) de formulação de diretrizes nacionais e estaduais para a realização do gerenciamento de pessoal das unidades públicas prestadoras de serviços do SUS, quanto aos concursos e outros processos seletivos (PCCS), educação permanente, reposição e alocação de pessoal, tanto para a administração direta e autárquica como para as gerencialmente autônomas, e tanto para os servidores celetistas como estatutários, com o objetivo maior de promover a adesão e estabilização das equipes de saúde, com ênfase no médico de família, junto à população adscrita;
6. Assunção da inadiabilidade da regulamentação da EC n.º 29 com base na contrapartida federal correspondente a 10% da Receita Corrente Bruta conforme disposto nos projetos de lei n.º 01/2003 da Câmara dos Deputados, e 121/2007 do Senado. A aplicação desse percentual deverá iniciar gradativamente a partir de 8,5% no primeiro ano. As fontes de recursos serão as mesmas preconizadas para o Orçamento da Seguridade Social e incluirão os recursos hoje destinados à Farmácia Popular, os restos a pagar cancelados e outros, assim como a realocação gradativa dos recursos públicos hoje destinados aos subsídios, diretos e indiretos ao mercado de planos privados de saúde, com destaque do ressarcimento ao SUS pelas empresas privadas de planos de saúde e a participação do Governo

no financiamento dos planos privados aos servidores públicos. As empresas de planos privados de saúde deverão assumir gradativamente a plenitude das leis de mercado, reguladas em defesa dos direitos do consumidor, da estabilidade financeira das empresas e da qualidade e oportunidade dos serviços prestados;

7. Os grandes desafios estruturais, do financiamento, da relação público-privado (SUS – Saúde Suplementar) e do modelo gerencial das unidades públicas demonstraram-se na prática de 20 anos estruturalmente interdependentes enquanto obstáculos ao SUS ‘legal e só poderão ser superados de maneira simultânea, com estratégias comuns aos três, e específicas para cada um, mesmo que com tempos diferenciados de acordo com as reações, forças e atores envolvidos. Incorrem em equívoco que só realimenta a continuidade e reprodução das distorções os que pregam a precedência da superação de qualquer um dos três desafios, de forma descolada e prioritária em relação aos outros dois. Por isso, as estratégias de implementação do Pacto devem levar em conta que o subfinanciamento, o modelo atrasado de gestão pública e o caráter predatório da relação público-privado inviabilizam o prosseguimento da sua implementação, daí a importância estratégica do componente do Pacto que é a politização e mobilização da sociedade e do Legislativo, como condição fundamental. A transparência e democratização dos debates nos colegiados gestores, nos conselhos de saúde, no Legislativo e com as entidades da sociedade serão decisivos;
8. O grande marco regulatório da implementação da política pública de saúde de maneira consistente com os dispositivos constitucionais e infraconstitucionais, com base na relevância pública dos serviços públicos e privados e nos princípios e diretrizes do SUS, deve referir-se ao setor saúde, o que hoje não existe. Aí, então, deverá desdobrar em processos regulatórios comuns ao setor público e privado e processos específicos a cada um. As instâncias competentes para formulações e negociações iniciais, tanto pela experiência acumulada como pela legitimidade, são a (CIT), a ANS e o CNS. A transcendência das análises, avaliações e formulações requerem, obviamente, a devida transparência nos debates e a predisposição inclusive ao aprimoramento e revisão de competências desses órgãos. Também ao nível da política setorial, devem ser efetivadas as articulações imprescindíveis com outros setores diretamente vinculados à qualidade de vida, direitos sociais e promoção da saúde, como as atividades culturais, físicas e educacionais, a morbimortalidade por acidentes, violência, drogas, salubridade do meio ambiente etc., as quais compõem as políticas de governo.
9. Participar efetivamente das mobilizações da sociedade pela retirada dos tópicos do projeto de reforma tributária em tramitação, os quais restringem o desenvolvimento do Orçamento da Seguridade Social conforme dispõe a Constituição Federal.

Referências

BRASIL. *Constituição Federal*. Brasília, DF, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Site oficial. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 23 jul. 2010.

_____. Presidência da República. Casa Civil. *Lei n. 9656 de 3 de junho de 1998*. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em: 15 jun. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE PLANEJAMENTO TRIBUTÁRIO (IBPT). Site oficial. Disponível em: <<http://www.ibpt.com.br/home/>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Carta da ONU*. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/documentos_carta.php>. Acesso em: 24 jul. 2010.

SANTOS, N.R. "Política Pública de Saúde: qual o rumo?" In: CEBES. *Documento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/file/Sus_politica.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2010.

Necessidade de reformar a estrutura administrativa do gerenciamento público dos estabelecimentos públicos de prestação de serviços de saúde

Esta é uma formulação preliminar oferecida pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), para debates e aprimoramentos e, em seguida, para o processo legislativo.

Justificativa e posicionamento

A necessidade de alternativas de modelos gerenciais na administração pública, inclusive o gerenciamento de recursos humanos, destinadas às unidades públicas de prestação de serviços de saúde à população, além do modelo existente da administração direta e indireta autárquica, é de amplo reconhecimento e objeto de várias buscas de efetivação, com o objetivo de viabilizar a imprescindível agilidade e eficiência do atendimento. Para os propósitos deste subsídio, dispensamos aqui a repetição das análises, textos e depoimentos que testemunham o anacronismo da administração direta e indireta autárquica brasileira e seus vícios de burocratismo, lentidão, ineficiência e ineficácia, estruturados na prestação de serviços públicos de saúde perante a dinâmica das demandas sociais de saúde atreladas às necessidades e direitos da população, afora poucas e reconhecidas exceções.

Também para os propósitos deste subsídio, está liminarmente excluída qualquer possibilidade interpretativa e operacional de a inabdicável agilidade e eficiência gerencial ser tomada como própria e/ou exclusiva das entidades privadas prestadoras de serviços e do mercado, guiadas pela categoria “negócio”. Sem desconhecer a existência de importantes espaços de interesses comuns com prestadores privados sem fins lucrativos e parcerias imprescindíveis, continua, contudo, decisivo para a gestão pública da saúde, para a qual o “negócio” e o retorno dos recursos

investidos não se encontram no sucesso empresarial, mas sim no reconhecimento e satisfação do direito de toda a população à saúde e aos serviços públicos de atenção integral e equitativa à sua saúde, assim como na realização pessoal, satisfação e adesão dos profissionais de saúde, com boas condições de trabalho, capacitações adequadas e remuneração digna, por meio de processos seletivos publicizados, carreiras, cargos, empregos e salários.

Já foi construído nos últimos anos amplo consenso de que na base das alternativas de modelos gerenciais inovados está a autonomia gerencial e o contrato de autonomia entre a gestão pública (governo) e a gerência (direção) da unidade pública prestadora de serviços. Participa desse consenso e deverá participar das iniciativas da sua efetivação a riquíssima acumulação, nesses 20 anos, de conhecimentos e experiências de gestão pública, por parte dos gestores públicos do SUS e dos conselhos de saúde.

Qualquer que seja o suporte jurídico legal para o estabelecimento da autonomia gerencial, o eixo orientador básico deve ser obrigatoriamente o exposto nas Disposições Gerais do Capítulo da Administração Pública da Constituição Federal, que dispõe no Art. 37, em seu *caput*, os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Independentemente de quaisquer alterações ou criação de novas normas legais para o que é recomendado aqui, devem os gestores públicos, à luz da legislação vigente, orientar seus serviços, em especial as unidades de saúde, a caminharem na direção das diretrizes aqui propostas, pois existe, em muitos casos, a oportunidade de aplicação dessas diretrizes com a atual legislação, bastando, para tanto, uma orientação/decisão política adequada.

Pressupostos para a proposta de diretrizes

- I. A comprovada elevação da agilidade e eficiência com o desenvolvimento da autonomia gerencial e do contrato de autonomia deve ser contextualizada e inserida na complexa implementação da política pública de saúde – SUS – que carrega nos seus 20 anos de implementação graves obstáculos e distorções consequentes ao pronunciado subfinanciamento público, às relações do mercado na saúde com o governo e os serviços públicos de saúde, desregulamentadas, anti-republicanas e predatórias, e mais recentemente, o dispositivo da Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita drasticamente a contratação de servidores e empregados públicos pelos Estados e, principalmente, Municípios, o que colide com a lei orgânica da saúde por estrangular o processo da descentralização das ações e serviços de saúde. Sem a reversão desses obstáculos e distorções, ainda que gradativa, a implementação do contrato de autonomia atingirá apenas parcialmente seu potencial de inovação do modelo de oferta de serviços à população. Por isso, as unidades públicas a serem contempladas pela autonomia gerencial estarão compelidas e desafiadas a participar dos esforços e mobilizações junto aos gestores do SUS, aos conselhos de saúde, aos movimentos sociais e ao Legislativo, pela retomada e implementação dos rumos do SUS pactuados na Constituição Federal e lei orgânica da saúde.
- II. O processo legislativo nas três esferas de governo tem a prerrogativa consti-

tucional de estabelecer em lei a autonomia gerencial e o contrato de autonomia, a partir de um suporte jurídico legal a ser identificado, analisado e aplicado no âmbito do Direito Público, do Direito Sanitário e do próprio Legislativo. O suporte jurídico legal, que no momento vem sendo mais debatido e aplicado, encontra-se nos incisos V e XIX e no parágrafo 8º do Artigo 37 da Constituição Federal, que remetem à iniciativa de lei específica e lei complementar.

- III. O avanço e inovação da autonomia gerencial e dos contratos de autonomia, por meio de processos legislativos nas três esferas de governo – 5.564 municípios, 27 estados, DF e União – devem reconhecer a inevitabilidade de receberem a mesma pressão por parte dos interesses e lobbies que vêm obstaculizando e distorcendo o SUS nesses 20 anos e, por isso, o desafio de formular e realizar, ao nível nacional, um conjunto de diretrizes inequívocas, orientadoras das legislações complementares e específicas que estabelecem a autonomia e os contratos. Essas diretrizes seriam mais apropriadas em lei nacional abrangente, orientadora dos referidos processos legislativos.

Diretrizes propostas

Diretrizes gerais

1. Reafirmar, ainda que de forma redundante, o preceito constitucional de que os entes públicos prestadores de serviços de saúde com autonomia gerencial só podem ser instituídos e mantidos pelo poder público, por meio de leis específicas e complementares de iniciativa do Poder Executivo;
2. Devem ser obedecidos os princípios constitucionais da administração pública, sendo sua gestão indelegável a entes privados de qualquer natureza e, por isso, obrigatoriamente pública, e a remuneração, compatível com os custos;
3. Deve ser adotado modelo jurídico constitucional de autonomia gerencial, indispensável para a atuação eficiente e eficaz do Estado na prestação de serviços na área social, permanecendo excluídas desse modelo jurídico as responsabilidades indelegáveis do gestor público, como planejamento, gestão do fundo de saúde, avaliação/controle/auditoria/regulação, vigilâncias de saúde e outras.
4. Esses entes devem atuar em área territorial e populacional definida pelo gestor público;
5. Os processos formais de compras, concursos, planos de cargos ou empregos, carreiras e salários para celetistas e, quando for o caso, para estatutários cedidos, devem seguir as disposições legais, complementadas no que couber, pelas diretrizes dos colegiados interfederativos de gestão e devem ser plenamente publicizados. A remuneração do pessoal, além do salário-base, poderá contar com adicionais por desempenho de equipe a serem estipulados sob diretrizes dos colegiados interfederativos do SUS e aprovados nos conselhos de saúde, ficando abolida a remuneração do pessoal por produção;
6. Essas entidades públicas autônomas não podem e não devem: a) mediante lei específica, desvincularem-se da administração indireta, tornando-se fundações ou empresas civis

privadas, e b) vender serviços públicos no mercado sob o pretexto de captação de recursos adicionais, o que, além de desestruturar seu caráter público, justificaria a continuidade do subfinanciamento público, por isso devendo ater-se exclusivamente aos usuários do SUS;

7. É da responsabilidade dos Colegiados Gestores Interfederativos do SUS a definição do grau de complexidade gerencial e de produção de ações e serviços de saúde, o que justifica a criação de unidade com autonomia gerencial – porte hospitalar, laboratorial, de distrito sanitário e outros – assim como o cronograma e acompanhamento dos processos legislativos que criam essas unidades.
8. As unidades de saúde do Ministério da Saúde, de estados e de municípios, que ainda hoje não se submetem ao proposto no item 7, devem, desde já, serem orientadas a submeterem sua gerência às normas do gestor do SUS, como referido na diretriz nº 5, e dos conselhos de saúde, para que as diretrizes da política de saúde alcancem tais unidades, como previsto no SUS.

Diretrizes para os contratos de autonomia gerencial

1. O planejamento das atividades do ente público gerido mediante contrato de autonomia com o gestor deve estar voltado para a política pública disposta nos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação infraconstitucional, com destaque para a inserção no planejamento e orçamentação ascendentes no âmbito dos entes federados, com base nas necessidades da população local e regional;
2. Assunção de compromisso de metas quantitativas e qualitativas a serem realizadas, sob as diretrizes da Universalidade, Equidade e Integralidade, em articulação com as metas das demais unidades do SUS da rede regionalizada;
3. Exercício da autonomia gerencial, orçamentária e financeira. Na contratação, reposição e alocação de pessoal, cumprir as normas emanadas do gestor, pautadas na lei e nas diretrizes dos colegiados gestores, atreladas ao disposto na lei, tanto para os celetistas como, quando for o caso, para estatutários cedidos, com vistas à adesão e estabilização das equipes junto à população adscrita;
4. Submissão ao controle público (interno e externo) e social, incluindo o conselho de saúde, com destaque aos resultados (indicadores sociais e de pesquisas de satisfação da população adscrita), com vistas ao cumprimento das metas, do desempenho e da efetivação da responsabilidade sanitária. O controle público, no âmbito do controle da administração pública, não deve cingir-se, *a posteriori*, da utilização dos serviços nem das atividades-meio (processo), distorção que corrói a capacidade de cumprir a missão institucional com a população e produz efeito engessador na administração pública. Deve, por isso, sem abandonar as atividades-meio, privilegiar o planejamento, a oferta/utilização dos serviços, os resultados e demais atividades finalísticas;
5. Participação efetiva dos conselhos de saúde na aprovação do planejamento/orçamenta-

ção, com destaque para o estabelecimento de prioridades, de etapas e no cumprimento de metas.

Proposição

A criação e o desenvolvimento da autonomia gerencial e contratos de autonomia na gestão pública deverá, em prazo a ser definido, elevar a capacidade do gerenciamento público dos serviços de saúde para patamar de efetividade, qualidade, eficiência e eficácia significativamente mais consistente que o atual. Somente a partir desse novo patamar, responsabilidade inabdicável do Estado perante as demandas sociais, o setor público de saúde albergará referenciais e parâmetros seguros para eleger e delimitar delegações licitadas a entidades privadas de saúde sem fins lucrativos para, em caráter complementar, assumir a gestão de próprios públicos, assim como parcerias público-privadas no campo da economia de escala, controle de qualidade e avaliação tecnológica em saúde. Enquanto não houver esse novo patamar, os governos deverão adequar os atuais contratos às diretrizes aqui propostas, assim como sustar a criação de novas Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) até a efetivação do que foi proposto neste trabalho.