

# SUS: UMA VIRADA EM 2010?

## Resumo

- I. A Inclusão Social: O Grande Avanço
- II. O Predomínio do Velho Modelo de Atenção à Saúde: O Grande Desafio
- III. As Três Causas Estruturais a Serem Enfrentadas
  - A – O Subfinanciamento Federal
  - B – A Reforma do Estado Inconclusa e o Predomínio do Velho Modelo de Gestão Pública
  - C – A Promiscuidade da Relação Público – Privado
- IV. A Política Pública de Saúde Dominante a Partir de 1.990: É Possível uma Virada?
  - Reforma do Estado para o Século 21
  - Reflexões e Proposições Finais

Quadros e Tabelas

Referencias Bibliográficas

## **I. A INCLUSÃO SOCIAL: O GRANDE AVANÇO**

Fato reconhecido e admirado, nacional e internacionalmente, foi e está sendo a grande inclusão social pelo sistema público de saúde brasileiro a partir de 1.990. Verdade é que esta inclusão já avançava significativamente nos anos 80, com o início da municipalização e estadualização de responsabilidades federais na saúde, por meio dos convênios das Ações Integradas de Saúde e após, dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (AIS e SUDS). Antes, por volta de metade da população brasileira estava excluída de qualquer sistema e serviço de saúde. Foi com a consagração na Constituição, dos princípios da Universalidade e da Descentralização, assim como a Saúde como direito de todos e dever do Estado, que essa inclusão passou a ser obrigação legal e objeto de crescente pleito social. A inusitada produtividade gerada pela descentralização e impressionantes cifras de ações e serviços públicos produzidos vem aumentando ano a ano (ver Quadro I) além do controle da AIDS mais avançado dos países em desenvolvimento. Merece destaque alguns desdobramentos da descentralização, conquistados pelos gestores descentralizados e conselhos de saúde, que foram imprescindíveis para o avanço da inclusão social, como a criação dos fundos públicos de saúde, os repasses fundo a fundo, as Comissões Intergestores (tripartite e bipartites) e a extinção do INAMPS que unificou a direção do SUS em cada esfera de governo. Merece destaque também, as mostras de experiências exitosas do SUS (estaduais e nacionais), que revelam milhares de experiências, todas locais, em todo o território nacional, calcadas nos valores do direito à saúde e do acesso igualitário as ações e serviços de atenção integral à saúde. Grande parte é efêmera mas outras tantas continuam surgindo, o que sugere uma instância social e institucional de atores da gestão descentralizada, dos conselhos de saúde e dos trabalhadores de saúde, que deve ter assumido em definitivo os valores dos direitos sociais à saúde e o conjunto dos princípios e diretrizes do SUS, ainda que delimitada no microprocesso de trabalho e na micropolítica.

## **II. O PREDOMINIO DO VELHO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE: O GRANDE DESAFIO**

A espetacular inclusão social pelo novo sistema público de saúde, calcada em grande elevação da produtividade/produção e utilização dos serviços, não vem trazendo no seu bojo as mudanças estruturais no modelo de atenção orientadas pelo conjunto dos princípios e diretrizes do SUS, mas sim, mudanças ainda funcionais que tencionam mas não conseguem mudar os interesses e estruturas básicas do modelo “pré-SUS”. Na média nacional, a Atenção Básica à Saúde não consegue planejar-se nem realizar-se em direção à Universalidade e nem para atingir alta resolutividade (85 a 90% das necessidades de saúde), mas sim na população mais pobre e com baixíssima resolutividade. Por isso, não ruma para vir a ser a porta de entrada predominante nem o maior fator estruturante do sistema, e cede espaço para deletério descolamento entre o PSF e a rede de UBSs. Os serviços assistenciais de média e alta complexidade, tanto eletivos como de urgência, congestionam-se com filas de espera desumanas, iatrogênicas, frequentemente letais e com alto desperdício, por que absorvem o indevido papel de porta de entrada e atendimento massivo de casos evitáveis ou desnecessários (ver Quadro II). Estes serviços também não se encontram planejados e realizados no rumo da referência e qualificação da Atenção Básica, pelo contrário, são em regra remunerados por produção, a maior parte a valores abaixo de seu custo, mantendo o perfil da oferta incongruente com as necessidades da população. Os gestores descentralizados e trabalhadores de saúde vivem tensão e angústia de tentar completar valores defasados da tabela federal de procedimentos e tentar atender a demanda já reprimida dos casos graves e urgências, pouco ou nada restando de recursos para o atendimento eletivo e preventivo, que levaria à redução dos casos graves e urgências. Torna-se forçoso reconhecer que a inquestionável e benfazeja inclusão social no sistema público de saúde, espelhada em cifras marcantes de população coberta por equipes de saúde de família, número de equipes e de agentes comunitários de saúde e a produção de ações e serviços, não traduz necessariamente mudança no

modelo tradicional de atenção à saúde, e nem mesmo a existência de um processo ou rumo consistente para se chegar a essa mudança, mas sim, mera expansão e “modernização” do velho modelo. Assim sendo, o desafio é de como tomar este movimento e práticas de inclusão como força motriz de mudança do modelo, em alianças estratégicas com outras forças motrizes dentro e fora do sistema público de saúde.

Nestes 20 anos do SUS, a classe média, os trabalhadores sindicalizados e os servidores públicos vão consolidando sua opção pelos planos privados de saúde e fragilizando ou anulando sua participação nas mobilizações a favor do sistema público. Os princípios e diretrizes da Integralidade, da Equidade, da Regionalização e da participação dos conselhos de saúde na formulação de estratégias tem sua implementação dispersada entre poucas iniciativas, pontuais e/ou frágeis e/ou confusas, quando comparada à implementação dos princípios da Universalidade e Descentralização. A concepção estratégica da Equidade enquanto caminho para a Universalidade permaneceu no âmbito de alguns poucos teóricos ou pensadores/estrategistas com base no ideário da reforma sanitária, o que talvez tenha contribuído para que na grande inclusão social do sistema público de saúde, haja predominado o modelo anterior de atenção à saúde.

Estas milhares de experiências locais exitosas com algumas centenas de milhares de atores envolvidos, somado aos esforços que vem sendo realizados nos últimos anos, de implementação da Regionalização, por conta de secretarias estaduais e municipais de saúde em algumas unidades federadas, revelam um patamar de rumos de construção do SUS ao que tudo indica irreversível, apontando para um futuro de implementação conjunta e articulada de todos os princípios e diretrizes do SUS.

Este futuro permanece contudo a espera de um salto de qualidade ou “virada” estratégica na política pública de saúde, que adote como rumo real o modelo de atenção calcado no conjunto dos princípios e diretrizes do SUS, e para tanto, mude o rumo do atual modelo de gestão atrelado ao subfinanciamento federal, à gestão pública de estrutura atrasada e anti-social, e à promiscuidade da relação público-privado.

### **III. AS TRÊS CAUSAS ESTRUTURAIS A SEREM ENFRENTADAS**

**A - O SUBFINANCIAMENTO FEDERAL**

**B - A REFORMA DO ESTADO INCONCLUSA E O PREDOMINIO DO VELHO MODELO DE GESTÃO PÚBLICA**

**C - A PROMISCUIDADE DA RELAÇÃO PÚBLICO - PRIVADO**

#### **A. O SUBFINANCIAMENTO FEDERAL**

Comprovou-se como estratégia estruturante desde 1.990, macroeconômica, da financeirização dos orçamentos públicos, com inúmeras intervenções político – administrativas, destacando-se:

- Desconsideração da indicação no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social – OSS para o SUS;

- Retirada em 1.993, da participação da contribuição previdenciária, maior fatia do OSS, da base de calculo do financiamento do SUS, que historicamente era por volta de 25% dessa fatia;

- “Passa - moleque” em 1.996, de desvio da CPMF recém – aprovada para a saúde, com redução de outras contribuições sociais (COFIN e CSLL);

- Imposição federal em 2.000, nas negociações para a aprovação da EC nº 29, de calcular sua contrapartida com base na variação nominal do PIB (que perde para o crescimento populacional e a inflação), pressionando a contrapartida com base em porcentagem da arrecadação, somente para os Estados, DF e municípios, respectivamente de 12% e 15%;

- Férrea pressão sobre o Congresso Nacional para não aprovação dos projetos de Lei nº 03/2003, 121/2007 e 306/2008, todos com base em 10% da Receita Federal Corrente Bruta, escalonados nos quatro primeiros anos em 8,5%, 9%, 9,5% e 10%. Se aprovada a regulamentação conforme dispõem esses projetos, já em 2008 o SUS contaria com aproximadamente R\$ 59,9 bilhões federais e não os 48,4 dotados, ainda muito aquém dos R\$ 106,6 bilhões federais indicados como mínimo no ADCT da CF, mas com perspectivas de refazer a segurança dos gestores, trabalhadores de saúde e dos conselhos de saúde na retomada do rumo inicial. Para 2009 seriam 69,5, para 2010 seriam 80,5 e para 2011, seriam 94,3 bilhões. Esta férrea pressão, exercida antes da extinção da CPMF ao final de 2007, prosseguiu após, apesar da continuidade no ritmo arrecadatário com compensações no recolhimento do IOF e CSSL e outras, que possibilitaram a carga tributária (% da arrecadação no PIB) passar de 34,7% em 2007 para 35,8% em 2008. Hoje o Governo Federal propõe a criação de Contribuição Social para a Saúde (CSS) pelo Congresso Nacional, cuja viabilidade política e impacto no financiamento do SUS estão em discussão (ver Quadros III e IV).

- Apresentação ao Congresso Nacional em 2008 pelo Governo, da PEC nº 233 da Reforma Tributária que mantém o caráter regressivo e extingue as contribuições sociais, colocando no seu lugar estrutura de impostos que diminuirá ainda mais o financiamento federal da saúde, educação e assistência social.

Este conjunto de políticas administrativas sob a lógica da financeirização dos orçamentos públicos mantém nosso país entre os pouquíssimos países com financiamento privado na saúde maior que o público, ao lado dos EUA. 60% da carga tributária é de origem federal mas os Estados, DF e municípios vem colocando mais recursos no SUS do que a esfera federal (ver os Quadros V, VI e VII). Esta estratégia federal estruturante, no âmbito da financeirização dos orçamentos públicos, não justifica mas contextualiza reação adversa de vários Estados que ainda não cumprem a obrigação Constitucional do mínimo de 12% dos seus impostos para a saúde e/ou desoneram com recursos do SUS outros setores, como pagamento dos servidores inativos, saneamento básico e outros, sob a complacência federal do Executivo, do Legislativo e do Judiciário.

## **B. A REFORMA DO ESTADO INCONCLUSA E O PREDOMINIO DO VELHO MODELO DE GESTÃO PÚBLICA**

Após as primeiras mudanças positivas no modelo de gestão pública da saúde, ainda no âmbito sistêmico, até 1.994, o processo reformista não prosseguiu com a mesma lógica no âmbito da gestão/gerencia da prestação de serviços públicos. No âmbito sistêmico foram criados até 1.994, os fundos de saúde com os repasses fundo a fundo, as comissões intergestores (Tripartite e Bipartites), a extinção do INAMPS que propiciou a direção única em cada esfera de governo, e a implementação de intensiva descentralização de responsabilidades, com ênfase na municipalização, e a criação dos conselhos de saúde nos Estados, DF e Municípios. No âmbito da direção/gerência da prestação de serviços, os gestores descentralizados e seus conselhos de saúde viram-se frente às heranças seculares da administração pública direta e indireta, do centralismo, burocratismo, patrimonialismo e cartorialismo, com insustentável lentidão de respostas às necessidades e demandas populacionais e desperdício de recursos nas atividades – meio em detrimento das finalísticas.

Um vasto, confuso e anacrônico cipoal de leis, decretos, portarias e resoluções acumulados de forma centralizada há um século, e respectivas jurisprudências, não raro conflitantes entre si, balizam as decisões político – administrativas referentes à peça orçamentária, à execução orçamentária, às lógicas do investimento e do custeio (quase sempre desarticuladas entre si), às licitações, aos concursos públicos, à gestão do pessoal e do trabalho em saúde (estatutários, celetistas e terceirizados, indistintamente precarizada, o que é agravado pelo conflito entre limitações impostas pela lei da Responsabilidade Fiscal, e a Lei Orgânica da Saúde). A fundamental responsabilidade do Planejamento em regra permanece distorcida e periférica por apoiar-se mais em series históricas de demanda moldada por oferta centrada em interesses, na maior parte descolados das necessidade reais da população. Esta situação anacrônica que predomina na administração pública direta e indireta

e no modelo de gestão pública do SUS, pode e deve ser superada por meio de reforma do Estado e da gestão pública “por dentro do Estado”, o que ainda não aconteceu, e isso é importante causa da dificuldade “deste” Estado dar conta da implementação plena dos avanços Constitucionais.

A reforma “por dentro do Estado” possibilitaria ao gestor estadual e municipal do SUS relacionar-se de modo mais consequente com a direção/gerencia das unidades públicas prestadoras de serviços integrais de saúde (promoção, proteção e recuperação), com os balizamentos:

1. Estabelecimento de metas anuais de produção/utilização de serviços conforme as necessidades da população por atenção integral e equitativa à sua saúde, de acordo com as realidades regionais ou microrregionais; (\*)
2. Pactuação com o Conselho de Saúde de indicadores de qualidade dos serviços, satisfação dos usuários, de prioridades e etapas de acordo com a disponibilidade de recursos financeiros, assim como o método de cálculo dos custos dos serviços; (\*)
3. Repasse de recursos para a unidade pública prestadora de serviços de acordo com o cumprimento das metas pactuadas e indicadores de qualidade, a valores não inferiores aos custos do serviço; (\*)
4. Remuneração dos serviços com base no cumprimento das metas pactuadas ficando o pagamento por produção (tabela) sob excepcionalidades a serem definidas e orientadas;
5. Caracterização das unidades públicas prestadoras de serviços de acordo com as diretrizes gerais da Tripartite e estaduais das Bipartites, no âmbito da promoção, proteção e recuperação da saúde;
6. Regramento dos concursos públicos e outros processos seletivos e dos planos de carreiras, cargos e salários, para os estatutários e para os celetistas de acordo com as diretrizes gerais da Tripartite e estaduais das Bipartites, inclusive quanto a indicadores de desempenho na remuneração dos trabalhadores de saúde, como também, medidas efetivas garantidoras da responsabilidade dos trabalhadores de saúde perante o direito à saúde e pelo cuidado de promoção, proteção e recuperação oportunas à saúde de cada usuário do SUS e da coletividade adscrita;
7. Estabelecimento de autonomia gerencial para as unidades públicas prestadoras de serviços, delimitada e direcionada para a realização da Universalidade conjugada com a Integralidade e Equidade, da alta resolutividade na Atenção Básica à Saúde, para a inserção na articulação e funcionamento das redes regionais de cuidados integrais à saúde, e da desprecarização da gestão do trabalho na saúde tanto nos servidores estatutários como nos celetistas, alterando inclusive a Lei da Responsabilidade Fiscal, e excepcionando a gestão descentralizada do SUS, e
8. Contrato de metas ou de gestão entre o gestor do SUS (esfera de governo) e a direção/gerencia da unidade pública prestadora de serviços. (\*)

(\*) Extensivos aos prestadores privados complementares.

Esta reforma “por dentro” do Estado diz respeito necessariamente à efetivação da atuação dos gestores e conselhos de saúde, na formulação de estratégias nas três esferas de governo, assim como do acompanhamento e controle da prestação de serviços de modo pró-ativo, no decorrer da própria prestação, por meio de indicadores a serem observados, e não somente de relatórios de estatísticas de serviços já prestados e relatórios de gestão. Quanto a atuação dos conselhos de saúde na formulação das estratégias e controle da execução das políticas, o maior desafio é o de focar nessa atribuição as causas estruturais da não implementação por igual do conjunto dos princípios e diretrizes do SUS, desviando o seu rumo para um SUS pobre para os pobres e complementar para os afiliados aos planos privados.

Os exemplos acima dizem respeito também à reforma da gestão pública da saúde “por dentro do Estado”, tornando-a mais republicana e social e por isso, capaz de implementar efetivamente os avanços constitucionais. A gestão pública assim fortalecida e experiente, definiria então as

responsabilidades públicas operacionais que poderiam ou não ser delegadas em caráter complementar a entes privados sob contrato de gestão com o gestor do SUS e respectivo controle e regulação, sem “satanizá-los” de privatização do Estado. Contudo, em 1995/1997, foram criados entes privados (OSs, OSCIPs e outros) que passaram a receber delegações de responsabilidades estatais, para operarem capacidade instalada estatal, cujo Estado é reconhecidamente limitado, inexperiente e frágil enquanto contratante, e permanece não reformado. A essa precipitada criação de novos entes privados deu-se o nome capcioso de Reforma do Estado, por governantes deslumbrados com a panacéia das privatizações anti-nacionais e anti-sociais dos anos 90. Serviu na saúde, para contemporizar e desfocar as atenções, da grave crise da gestão dos hospitais públicos, com a apresentação de algumas “vitrines” de gerência moderna. Bem anteriormente e de modo mais vulnerável aos interesses de mercado, as Fundações Privadas de Apoio a hospitais públicos universitários, vinham de alguma maneira cumprindo papel similar.

Como a história da sociedade e Estado não é linear e esta inversão já está dada, talvez o desafio da implementação do SUS deva ser redobrado para efetivar a reforma “por dentro do Estado” e no percurso, em correlação de forças sociais e políticas mais favoráveis, retomar com novo foco a questão das fundações privadas de apoio, das OSs e OSCIPs, cuja acumulação de experiências gerenciais e de geração e incorporação de tecnologias não deve ser subestimada, com vistas à sua desprivatização ou torná-las efetivamente complementares do planejamento e realização do sistema público. Seria como incorporar essas “vitrines” na lógica da construção do sistema público em todos os níveis da atenção integral, readequando seus modelos gerenciais, e generalizando-as para “vitrines” de sistemas regionais de saúde. É neste contexto e perspectiva que nos parece dever ser debatida e direcionada a criação de fundações estatais de direito privado ou similares.

Cabe por final, lembrar que as características atrasadas e anacrônicas do Estado brasileiro referidas neste item, são antes disso, as características da própria sociedade brasileira, onde se disputa o poder de modo fragmentado, corporativista e individualista, e onde o Estado é o instrumento mais eficaz para o exercício do poder, e não mais que instrumento.

### **C. A PROMISCUIDADE DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO**

A mesma estruturação histórica anacrônica do Estado brasileiro referida anteriormente, principalmente no Executivo com conotações ainda imperiais, e também no Legislativo e Judiciário, mantém larga e obscura rede de entrelaçamentos entre a coisa pública e a coisa privada, desde os particularismos, corporativismos, nepotismos próprios do patrimonialismo e burocratismo, que vicejam como cultura da própria sociedade, marginalizando a coisa pública (Res-pública), até a franca e incontrolada ingerência dos lobies de mercado e nos últimos anos, do sistema financeiro e especulativo.

Na saúde, sob influencia do modelo dos EUA após a segunda guerra mundial, a compra estatal de bens e serviços no mercado vem sendo crescente e no caso dos serviços médico – hospitalares, por produção mediante tabela de procedimentos, com valores na maior parte subestimados perante os custos, enquanto método grotesco e atrasado de ajuste às disponibilidades orçamentárias públicas. Nos anos 60/70 empréstimos federais subsidiados à construção e equipagem de hospitais e laboratórios privados, atrelados à imediata contratação pela Previdência Social, para prestação de serviços aos trabalhadores do mercado formal, repercutiram em explosiva expansão da rede privada e desastrosa precarização dos hospitais e ambulatorios próprios da Previdência Social, assim como o desvirtuamento da ampla e importante rede social de hospitais filantrópicos e beneficentes que passaram a depender crescentemente dos contratos com a Previdência Social e das leis de mercado sob pressão dos corpos clínicos fragmentados pelo liberalismo das especialidades médicas. Nos anos 70/80 iniciou-se a criação de fundações privadas de apoio, vinculadas a hospitais universitários públicos, passando a vender serviços públicos no mercado e criando no mesmo hospital uma segunda porta de admissão, com menor espera e maior conforto de acolhimento. A partir dos anos 90 as empresas operadoras de planos privados, que a partir do ABC paulista expandiam-se normalmente,

tiveram essa expansão geometricamente estimulada pela área econômica dos governos desde então e pela “onda” dos nichos de mercado, quando os convênios coletivos dessas operadoras com empresas industriais e comerciais passaram também a visar a contenção dos gastos previdenciários com saúde dos trabalhadores e a partir de 1990 de toda a população, com o Orçamento da Seguridade Social. Essa expansão chegou a mais de 2000 operadoras nos dias de hoje (Em 2007, 106 delas estavam registradas como filantrópicas), com a qualidade da assistência prestada crescentemente regulada e mantida pela Agência Nacional de Saúde – ANS – restando ainda quase ¼ dos afiliados as operadoras, com assistência insatisfatória ou precária. Com aproximadamente 43 milhões de afiliados (23% da população). Os principais instrumentos desse estímulo foram desonerações financeiras aos agentes de mercado: prestadores de serviços, médico – hospitalares privados, consumidores e intermediários (operadoras dos planos privados). Exemplos:

- a) Não ressarcimento pelas operadoras ao SUS dos gastos públicos com a filiados das operadoras assistidos pelo SUS, conforme dispõe a Lei;
- b) Contrapartida de recursos públicos no financiamento de planos privados dos servidores da administração direta e indireta, incluindo as estatais;
- c) Dedução no IRPF e IRPJ dos gastos com saúde no mercado, e
- d) Isenções de contribuições sociais para operadoras e hospitais filantrópicos e beneficentes de maior porte (quando credenciados por operadoras de planos privados).

Pesquisas em andamento (Receita Federal, IBGE, DATASUS, Sistemas de Informações em Saúde/MS e outras) indicam que a soma dos valores dessas desonerações a custo de recursos públicos, ultrapassou em 2008, o valor correspondente dos 8,5% da Receita Corrente Bruta da União, pleiteados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira para a regulamentação da EC – 29 e aprovados no Senado e em três comissões da câmara dos Deputados, mas barrado taxativamente pela área econômica do governo. Em outro ângulo, esta soma de valores equipara-se a aproximadamente 20% de todo o faturamento anual do conjunto de todas as operadoras privadas de planos e seguros de saúde.

A desregulamentação e promiscuidade na relação público-privado é também ressaltada no fluxo de demanda de afiliados dos planos privados nos serviços do SUS de maior complexidade e custos, com filas e esperas tanto menores quanto maiores são os preços dos planos privados e extratos sociais dos afiliados. É ressaltado também na super posição (72% dos hospitais privados credenciados pelas operadoras de planos privados), com contratos pelo poder público para usuários do SUS, com diferentes valores, burocracias, contabilidades, condutas e critérios de provisionamento pelo prestador (ver Quadros VIII a XI).

Enfim, os limites e interfaces entre o interesse e métodos de caráter público e o de caráter privado em nosso país encontram-se ainda extremamente indefinidos, obscuros e sem fóruns de representações legítimas da sociedade e Estado, capazes de debater democraticamente e transparentemente esses limites, o papel do Estado, o papel do mercado, o pacto social e os marcos regulatórios com transparência e participação social. Uma simulação inicial para reflexão sobre este ângulo, no contexto de uma virada, seriam um conjunto de providências político – administrativas do Governo Federal, de implementação simultânea por etapas pactuadas, de:

- a) - os 8 balizamentos propostos no sub-capítulo anterior (item III, B), para superação do velho modelo de gestão pública, que por si inicia redefinição da relação público – privado, por conta da simples ocupação pelo Estado da sua natureza pública;
- b) – redução dos atuais mecanismos gerenciais e administrativos que viabilizam a promiscuidade da relação aqui exemplificada, inclusive as polpudas desonerações (subsídios públicos indiretos) aos agentes de mercado dos planos e seguros privados de saúde, recambiando os recursos para a implementação dos 8 balizamentos, e

c) – no processo de redefinição das relações, substituir a promiscuidade predatória por identificação de áreas de interesses comuns ao público e ao privado de forma transparente, participativa, negociada e pactuada, por exemplo: produção de serviços com economia de escala que viabiliza menores custos e maior controle de qualidade, mas mantendo investimentos estratégicos destinados à acessibilidade da população não coberta pela escala; pesquisa tecnológica; avaliação tecnológica; protocolos de condutas diagnósticas e terapêuticas e outros. Nessa linha torna-se decisiva a definição de responsabilidades, a nível nacional, de atuação na formulação de estratégias, incluindo a da regulação ao nível setorial (público e privado na saúde), por parte da comissão intergestores Tripartite (MS – CONASS - CONASEMS), por parte do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e por parte da Agência Nacional de Saúde (ANS), e quais as relações a serem construídas entre a CIT, o CNS e a ANS, no amplo espaço já dado pelos atos legais que os criou.

#### **IV. A POLÍTICA DE SAÚDE DOMINANTE A PARTIR DE 1.990: É POSSÍVEL UMA “VIRADA”?**

Os dois modelos emblemáticos de políticas públicas de Estado convivem complementarmente em praticamente todos os países: o de transferência de renda que subsidia com recursos públicos a faixa populacional de menor renda para que ela integre o mercado de consumo de bens e serviços essenciais à sobrevivência, e o da organização e funcionamento de sistemas públicos de oferta universal de serviços essenciais com base nos direitos humanos, como saúde, educação, previdência social, segurança pública, saneamento básico, meio ambiente e outros. Os dois modelos tem se comprovado imprescindíveis e a tendência mundial constatada é a de predominar os sistemas públicos universais, de acordo com o grau de consciência social dos direitos, da democratização do Estado, do controle social e do próprio processo civilizatório. Esta tendência encontra-se tipificada no modelo “europeu” que além de quase todos países europeus abrange o Canadá, Costa Rica, Panamá e se estende hoje à Austrália e Nova Zelândia. Influenciou fortemente o Brasil nos anos 80 no bojo da grande mobilização social pela democratização do Estado, amplo debate nacional e aprovação da Constituição Federal e seu capítulo da Ordem Social onde figurou a Seguridade Social e o SUS (ver Quadro XII).

A partir de 1.990 desembarca explicitamente em nosso país a então irrefreável onda internacional da globalização neoliberal, da financeirização dos orçamentos públicos e do Estado mínimo (para as políticas sociais e de desenvolvimento sustentado). (ver quadros XIII e XIV) O recém – criado SUS tem sua implementação desde então circunscrita à contra – hegemonia perante uma outra hegemonia emergente, abordada nos itens II e III. Esta hegemonia significa a retomada do modelo estadunidense de políticas públicas, com base na compra de bens e serviços de saúde no mercado (em nosso país, acrescida de compras públicas), que aqui vinha se instalando após a 2ª guerra mundial, de modo rude, e que após 1.990 desenvolve-se com maior competência estratégica em planejamento, gestão e controle social (da sociedade pelo Estado). Não por outro motivo, observa-se no decorrer dos últimos 20 anos, predominância crescente no discurso oficial midiático, da transferência de renda aos mais pobres como o grande sucesso, quase sinônimo de “Políticas Sociais”, ao lado de citações evasivas, inconsistentes e pontuais, nos momentos de crises agudas, com respeito as políticas publicas voltadas para sistemas públicos de atenção universal: saúde (SUS), educação, segurança pública, transporte público, habitação e outros.

Os justos e bem sucedidos programas de transferência de renda: Bolsa – Família (mais de 12 bilhões de reais anuais para mais de 12 milhões de famílias), o Benefício de Prestação Continuada (mais de 19 bilhões anuais para mais de 4 milhões de idosos e portadores de deficiências abaixo da linha da pobreza), a atualização do salário mínimo e outros, em sociedade das mais desiguais do planeta, até deveriam ser mais volumosos, inclusive por contribuírem marcadamente na imprescindível ativação do mercado interno. Outra transferência de renda, por meio de outros mecanismos, cresceu



exponencialmente nestes 20 anos, contemplando uma “nova classe” caracterizada neste mesmo prazo: os credores e rentistas da dívida pública, no âmbito da hegemonia financeira, para os quais vem sendo escoados entre 160 e 170 bilhões de reais ao ano. Destaque iniludível nestes 20 anos, é o de que a área econômica (alguns ministérios) de todas as gestões governamentais desde 1.990, nucleou as reais políticas públicas de Estado, mais presentes nas entrelinhas do que nas linhas da Constituição/88. Entre os graves equívocos e/ou justificativas da área econômica, está a de que a duplicação e complementaridade entre os sistemas público e privado de saúde, geram como argumentam, redução das pressões da demanda ao sistema público e conseqüentes pressões pelo seu financiamento mais justo, ao contrario do que vem indicando pesquisas no âmbito da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE), que abrange os países mais desenvolvidos e alguns em desenvolvimento.

## **REFORMA DO ESTADO PARA O SÉCULO 21**

(Extrato de recente artigo de Marcio Pochmann, presidente do IPEA)

“As forças de mercado, embora imprescindíveis na geração de oportunidades, mostram-se insuficientes para garantir o acesso a todos. Não há dúvidas de que, neste contexto, a presença renovada do Estado se faz necessária. Mas que Estado? Um equívoco seria tratar o Estado com as mesmas premissas do século passado.” Novas premissas (\*):

- “Promoção da isonomia nas condições de competição no mercado, reinventando-o;
- Matriciamento territorial das políticas públicas universais de saúde, educação, trabalho, transporte e outras;
- Reforma tributaria progressiva diminuindo a incidência na produção e consumo e aumentando nas novas formas de riqueza e no patrimônio, e
- Renovação do sistema de financiamento público e dos fundos públicos, o estatal e o comunitário, em função das realidades sócio – econômicas do século 21.

\* essas premissas implicam em mudança de relação Sociedade – Estado e de Reforma do Estado para o século 21.”

## **REFLEXÕES E PROPOSIÇÕES FINAIS**

- Como desencadear e avançar, hoje, nas entidades da sociedade civil e nos formadores de opinião, incluindo os trabalhadores sindicalizados, os servidores públicos e a classe média, o debate dos direitos sociais além dos direitos corporativos e individuais, tal qual se avançava nos anos 80? - Como avançar na formação da consciência das necessidades e dos direitos humanos? – E na consciência do pertencimento no âmbito da política pública de saúde?

- Qual o imaginário, esperanças e disposições nos segmentos da sociedade, hoje, quanto ao interesse público, ao Estado e seu papel, e à democratização do Estado?

- Como promover a adesão ao debate, à dúvida e à busca coletiva de um projeto nacional de desenvolvimento?

- Em recente pesquisa social do PNUD/ONU no Brasil, em amostra de 500 mil brasileiros, foi incluída a pergunta aberta: “O que deve mudar no Brasil para sua vida melhorar de verdade?” Consolidado das respostas: “Respeito, justiça, paz, ausência de preconceito, humanidade, amor, honestidade, valor espiritual, responsabilidade e consciência”. Esta resposta revela surpreendente expectativa por novos valores sociais, mas ainda dispersa e desencantada enquanto chama motriz dos movimentos coletivos. Um dos elevados sentidos do Programa Nacional de Humanização no SUS, desenvolve-se neste fundamental espaço coletivo.

- Quanto à retomada do rumo traçado pela Constituição e Lei Orgânica da Saúde, com as necessárias forças político-sociais para avançar, é oportuno lembrar que os 20 anos de esforços ainda contra –hegemônicos coerentes com esse rumo, “tirando água das pedras”, acumularam inestimável

capacidade de gestão especialmente na gestão descentralizada, que se encontra espelhada no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, debatido por mais de um ano e aprovado em Fevereiro/2006 pelos Gestores e Conselhos de Saúde nas três esferas de Governo. As disposições de avanços em estratégias e gestão constantes nesse pacto histórico, vem conseguindo “juntar os cacos” resultantes da atual política hegemônica referida nos capítulos II e III, assim como aprofundar alianças a favor do SUS e delinear amplo leque de objetivos e meios, entre os quais, as alternativas coerentes com o “SUS Constitucional” também referidas nesses capítulos.

- O eixo estratégico no componente Gestão desde pacto é a realização da diretriz Constitucional da Hierarquização/Regionalização – implementação de redes regionais de cuidados integrais à saúde – que vem exigindo da Tripartite o esclarecimento e a competência de pactuação de diretrizes gerais a nível nacional, balizadoras da autonomia das Bipartites formularem diretrizes, estratégias e pactuações orientadoras da implementação das redes regionais, consonantes com as realidades de cada Estado e região (sócio – econômicas, demográficas, epidemiológicas e da capacidade instalada do SUS). O avanço do processo da organização e funcionamento dos colegiados de gestão regional – CGRs – vem revelando a importância da Bipartite também assumir o esclarecimento e a competência de pactuação de diretrizes gerais a nível estadual, balizadoras de autonomia dos CGRs formularem estratégias e pactuações consonantes com as realidades e singularidades regionais e microrregionais. O avanço deste processo vem se dando de modo não linear, tenso e muitas vezes dúbio, devido a permanência da hegemonia do subfinanciamento, reforma do Estado paralisada e promiscuidade da relação público – privado.

- Quando amadurecerem e aproximarem as condições para a “virada”, haverá provavelmente uma agradável surpresa: a capacidade de gestão já acumulada, acrescida das inovações (algumas já aqui delineadas), proporcionarão bases de financiamento menores que as vigentes nos países com sistemas públicos avançados (Ver Quadro IV). Em simulação aproximada desta previsão, ao dobrarmos os US\$ per – cápita em primeira meta (333 para 666) e triplicarmos em segunda meta (666 para 999), estaremos muito provavelmente nivelando o modelo de atenção e de gestão entre os melhores do mundo, sem condição obrigatória de chegar à média dos US\$ 2.000 verificada no “modelo europeu”.

## QUADRO I

### Produção SUS – 2007

- Agentes Comunitários de Saúde em 95% dos Municípios. População coberta: 110 milhões
- Equipes de Saúde de Família – 27 mil. População coberta: 87 milhões
- Cirurgias: 3,1 milhões (Cardíacas: 215 mil, Transplantes: 12 mil)
- Ultrasons, Tomografias e Ressonâncias: 13,4 milhões
  
- Procedimentos ambulatoriais: 2,7 bilhões
- Atendimento odontológicos: 212 milhões
- Seções de radioquimioterapia: 9 milhões
- Seções de hemodiálise: 9,7 milhões
- Ações de Vigilância Sanitária: 23 milhões
  
- Consultas: 610 milhões
- Internações: 10,8 milhões
- Exames laboratoriais: 403 milhões
- Vacinações: 150 milhões
- Partos: 2,1 milhões
- Seções de Fisioterapia: 55 milhões

Fonte: DATASUS e Sistemas Específicos de Informações em saúde/MS

## QUADRO II

### Demandas Reprimidas e Doenças não prevenidas

- Sem acesso sistemático aos serviços: 13 milhões de hipertensos, 4,5 milhões de diabéticos e 25% dos tuberculosos, hansenianos e maláricos.
- Sem acesso oportuno à radioterapia: 90 mil portadores de câncer
- Casos novos por ano: câncer ginecológico – 20 mil e AIDS – 33 mil.

Fonte: Mais Saúde – Publ.MS/2008 – Edição Original

## QUADRO III

### Varição da % da Receita Corrente da União/PIB versus Varição da % da Despesa do MS/Receita Corrente da União

<b>ANOS</b>	<b>1995</b>	<b>2004</b>
RCU/PIB	19,7%	26,7%
MS/RCU	9,6%	7,5%

Fonte: MS – MF

## **QUADRO IV**

### **Financiamento Público da Saúde**

	<b>% Públ. no Total</b>	<b>Per - Capita Públ. (US/PPC)</b>
Portugal	72,3%	1.472
Espanha	71,4%	1.602
Itália	76,6%	1.894
França	79,9%	2.646
Alemanha	76,9%	2.499
Suécia	81,7%	2.460
Canadá	70,3%	2.402
Japão	82,2%	2.052
N. Zelândia	74,4%	1.720
Austrália	67,0%	2.012
EUA	45,1%	2.862
Brasil	44,1%	333

Fonte: Organização Mundial da Saúde – 2005 (US padronizado pelo poder de compra)

## **QUADRO V**

### **% Gasto Público Saúde no PIB**

<b>ANOS</b>	<b>2.000</b>	<b>2.006</b>
Federais	1,73%	1,73%
Estados + Municípios	1,17%	1,74%
Total	2,90%	3,47% *

\*Abaixo de Cuba, Argentina, Uruguai, Costa Rica e Panamá  
(Países europeus, Japão e EUA: 6.5 a 8.5%)

Fonte: MS/MF

## **QUADRO VI**

### **% Participação Federal e de Estados + Municípios no Financiamento Público da Saúde 1980-2006**

<b>ANOS</b>	<b>1980</b>	<b>2006</b>
Federal	75%	46,7%
Estados + Municípios	25%	53,3%

Fonte: SIOPS/MS/IPEA/Gilson Carvalho

## QUADRO VII

### Varição do per - capita Federal e do Estadual + Municipal para o SUS, 1995 - 2004

<b>ANOS</b>	<b>1995</b>	<b>2004</b>
Federal	85,7 US\$	62,3 US\$
Estados + Municípios	44,1 US\$	75,5 US\$

Fonte: SIOPS/SCTS/MS (Conversão ao dólar médio anual)

## QUADRO VIII

### Capacidade Instalada Assistencial

	<b>Públ.</b>	<b>Priv.</b>
Hosp.	38%	62% (Contrat. SUS: 69,%)
Leitos	34%	66% (Contrat. SUS: 65,%)
SADT	8%	92%
Ambul.	75%	25%

(AMS/IBGE - 2005) Ref. Bibl. 1, 2 e 7.

### Provisão das Internações

SUS – 70%

Operadoras Priv. – 25%

Gasto direto – 5%

(PNAD/IBGE - 2005)

## QUADRO IX

### Equipamentos Médicos / 100.000 hab.

	<b>SUS</b>	<b>Saúde Supl. (Pl. Priv.)</b>
Mamografia	0,91	4,46 (4,9 vezes)
Ultrassom	3,89	20,17 (5,1 vezes)
Lipto. Trip.	0,16	0,65 (4,0 vezes)
Tom. Comp.	0,59	2,46 (4,1 vezes)
Ress. Mag.	0,13	0,87 (6,8 vezes)
Radiot.	0,16	0,27 (1,6 vezes)
Med. Nucl.	0,08	0,13 (1,6 vezes)
RX Hemod.	0,19	0,53 (2,7 vezes)
Hemodiálise	7,40 (3 vezes)	2,47

(AMS/IBGE/2005) Ref. Bibl. 1,2 e 7.

## **QUADRO X**

### **Distribuição da Afiliação a Planos de Saúde pelos Decís de Renda**

	<b>PI. Priv.</b>	<b>PI. Públ. *</b>	<b>Somente SUS</b>
- 10% de menor renda	1,3%	1,0%	97,7%
- 10 % de maior renda	31,1%	28,6%	5,9%

\*Autogestões governamentais

### **Oferta de leitos por 1.000 hab.**

PI. Priv – 2,90/1.000 (superpõe os contratados pelo SUS)

SUS – 1,81/1.000 (inclui os contratados)

### **População Internada e Atendida em Ambulatório**

População Total: 7,0% e 14,2%

PI. Priv.: 8,3% e 19,7%

Somente SUS: 4,7% e 8,1%

(PNAD/IBGE/2003) Ref. Bibl. 1, 2 e 7

## **QUADRO XI**

### **% de afiliados a planos privados nos atendimentos do SUS**

- Atendimento Ambul. – 7,0%
  - Exames Complem. – 8,4%
  - Procedim. Alta Complex. – 11,6%
- Internações – 6,7%
  - Cirúrgicas – 9,0%

(PNAD/IBGE/2003) Ref. Bibl. 1, 2 e 7.

## **QUADRO XII**

### **Dias trabalhados/ano para pagar (\*) em 2008:**

- Tributos às três esferas de governo -----157
- Saúde, Educação, Previdência, Segurança, Pedágio ----- 117 (\*\*)

(\*) População brasileira de renda mensal entre R\$ 3.000,00 e R\$ 10.000,00

(\*\*) Na França, Inglaterra e Suécia: assegurados com qualidade a toda a população pelas políticas públicas de Estado

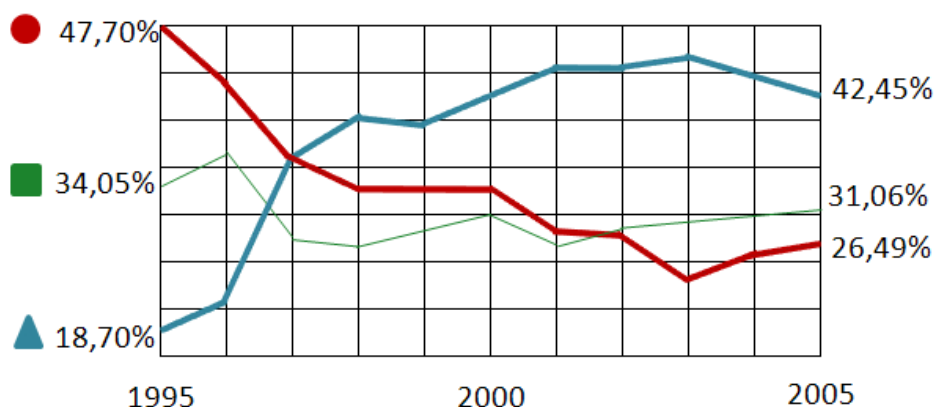
Fonte: Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário

## QUADRO XIII

### FINANCEIRIZAÇÃO DOS ORÇAMENTOS PÚBLICOS

( % nos gastos do Orçamento Geral da União de 1.995 – 2.005)

- Saúde, Educação, Saneamento Básico, Segurança Pública, Habitação, Cultura, Justiça, Transporte, Energia, Def. Nacional
- Previdência Social
- ▲ Encargos da Dívida Pública, Outros Gastos Financeiros



## QUADRO XIV

### RELATÓRIO BANCO MUNDIAL: BRASIL/1.995

(Adaptado da Tese “O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90: Um Projeto de Desmonte do SUS” – Maria Lucia Frizon Rizzoto – 2.000)

- 1. Desaconselha a Descentralização com Acesso Universal e Equidade porque não haverá recursos governamentais.
- 2. Propõe revisão Constitucional e Institucional para:
  - 2.1 – Fortalecer os Estados para assumirem os serviços assistenciais clínicos, fugindo da inexperiência e corrupção das Secretarias Municipais de Saúde.
  - 2.2 – Assunção pelo governo federal do papel de regulamentar políticas de contenção de custos e de restrição do acesso, e estimular o co-pagamento e a instituição de mercados internos nos sistemas públicos.
  - 2.3 – Extinguir a preferência às entidades filantrópicas sem fins lucrativos.
  - 2.4 – Estimular a ampliação de planos e seguros privados.
  - 2.5 – Reduzir os investimentos públicos em assistência médica e enfatizar as ações preventivas.
  - 2.6 – Focalizar os serviços públicos à população pobre e para tanto reformar instituições o sistema financeiro.
  - 2.7 – Aumentar a produtividade e limitar a tecnologia ou o acesso à tecnologia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS \*

1. Albuquerque, C. e cols. – “A situação atual do mercado na saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro” - Rev. Ciência e Saúde Coletiva – v. 13, n. 5 – 2008
2. Bahia, L. – “As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde”. - Rev. Ciência e Saúde Coletiva – v. 13, n. 5 – 2008
3. Bahia, L. – “A questão democrática na área da saúde no Brasil do século 21” – Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 - 2009
4. Campos, G.W.S. – “Modo de co-produção Singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas” – Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 - 2009
5. Fleury, S. “Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois” Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 - 2009
6. Marques, B.M – “Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação” – Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 – 2009
7. Paim, J.S. – “Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira” Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 – 2009
8. Reis, C.O.D e Sophia, D.C. – “Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde.” – Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 – 2009
9. Santos, I.S.Ugá, M.A.D. e Porto, S.M. – “O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde.” – Rev. Ciência e Saúde Coletiva - v. 13, n. 5 – 2008
10. Santos, N.R. – “A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos” – Rev. Saúde em Debate - v. 33, n. 81 – 2009
11. Silva, S.F. – “Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção” – Rev. Saúde em Debate - v. 33, n. 81 – 2009

\*Carvalho, G.C.M. – Domingueiras Imperdíveis.