

## **5. PROBLEMAS E POLÍTICAS DA SAÚDE**

10 de novembro de 2006

### **Coordenador:**

José Carvalho de Noronha.

*Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz, Coordenador do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro.*

### **“Os percalços do SUS”**

### **EXPOSITORES:**

Gastão Wagner Campos.

*Professor de medicina da UNICAMP, ex-secretário executivo do Ministério da Saúde.*

### **“Desafios da reforma sanitária: a crise dos sistemas públicos”**

Ligia Bahia.

*Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/UFRJ.*

### **“Padrões e mudanças nas relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro”**

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA. Boa-tarde. Convido a professora Ligia Bahia e o professor Gastão Wagner para comporem a mesa. Na ausência de José Gomes Temporão, que não pôde comparecer por motivos familiares, a minha fala pecará pela falta de sistematização. É um pecadilho para um professor universitário, que fui durante muitos anos, e também para um pesquisador, que continuo sendo, pois a boa prática acadêmica recomenda a preparação e não o improvisado. Mas cercado por dois professores ativos em suas profissões, espero não fazer feio.

Gastão Wagner, apesar de estar de volta aos bancos acadêmicos, com muita altivez, desembaraço, eloquência, vigor e entusiasmo participou desse processo de retomada democrática, reforçando as ações na saúde, com a primeira eleição do Presidente Luís Inácio Lula da Silva. Nós tentamos retirá-lo dos bancos acadêmicos, para ficar um híbrido de político e acadêmico na presidência da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, a ABRASCO, mas ele resistiu ao convite. Então, não lhe faltará essa ordenação acadêmica, embora ele seja, habitualmente, bastante mais apaixonado do que eu na defesa de suas teses e na exposição de seus argumentos.

O importante é que sejamos capazes de expor nossas idéias, nossas reflexões, e termos algum tempo de contribuição da platéia para que esta iniciativa tão importante do Centro Celso Furtado alcance seus objetivos, trazendo para o debate os Problemas e Políticas de Saúde no Brasil. O Centro Celso Furtado, criado por um grupo de amigos e companheiros do ministro, intelectual, político, economista de renome internacional Celso Furtado, tem na professora Maria da Conceição Tavares sua presidente acadêmica, e é um espaço para que possamos discutir com bastante liberdade os temas críticos do desenvolvimento de nosso país.

Inicialmente, essa mesa foi chamada de Percalços do SUS, e depois se tornou Problemas e Políticas de Saúde no Brasil para que pudéssemos discutir as alternativas que se apresentam, os impasses e as dificuldades que persistem e devem ser superados. Podemos reafirmá-los e encontrar caminhos que ainda não percorremos e deveremos desbravar. Esse é o sentido deste debate.

Começarei trazendo à tona algumas reflexões. Minha primeira questão se refere a quem, no caso do Brasil, se dirigem às políticas sociais? No caso específico, a quem se destinam as políticas de saúde? Quais são as condicionantes decorrentes, do ponto de vista das populações brasileiras, aí colocadas para, de alguma forma, devem ser enfrentadas por ações e políticas de saúde? O Brasil

é um país extremamente heterogêneo, e quando refletimos sobre o impacto de suas heterogeneidades sociais e econômicas no retrato das suas condições de saúde, elas se manifestam de maneira muito intensa.

Hoje, os jornais noticiaram o último relatório do PNUD, o relatório dos Indicadores de Desenvolvimento Humano. Não somos mais o antepenúltimo, se consideramos o Índice de Gini, que representa o grau de desigualdade, mas continuamos dentre os países mais desiguais do mundo. Se tomarmos o país como um todo, se trabalharmos com a média e não com as desigualdades, sabemos que hoje vivemos muito mais do que vivíamos há algum tempo. Nossas crianças morrem muito menos que morriam há alguns anos. As taxas de mortalidade infantil há trinta anos chegavam a patamares de média nacional acima de cem. Imaginávamos que jamais poderíamos hoje estar vivendo num país com mortalidade abaixo de trinta. Achávamos que era impossível ter o padrão sueco, que, à época, era de vinte e sete. Só que o padrão sueco agora é seis por mil nascidos vivos. Então, a melhoria que o Brasil apresenta nos seus indicadores de saúde, apesar da persistência das desigualdades, coloca um grande desafio para os formuladores de políticas da saúde. Enuncio um aforismo que costuma deixar as pessoas incomodadas, mas que gosto de enunciá-lo: quanto mais saúde um povo tem, mais assistência médica ele precisa.

Uma maneira de evitar que as pessoas compareçam ao Instituto Nacional do Câncer para tratamentos prolongados, envolvendo quimioterapia, transfusão de órgãos etc., é que se cuide delas para que a doença não seja fatal. Antigamente as pessoas morriam ainda jovens de pneumonia e não tinham câncer. Quando têm um infarto aos quarenta anos e sobrevivem, poderão ter outras doenças, como hipertensão e até mesmo um câncer. Os tratamentos, quanto mais sofisticados e carregados de tecnologia, mais caros e prolongados são. No congresso da ABRASCO, o ministro da Saúde do Canadá, que é tetraplégico, se movia aos sopros em uma cadeira de rodas. Com o custo de um equipamento desses, poderíamos tratar não sei quantos pacientes portadores de tuberculose. Logo, o que queremos dizer é que o tratamento preventivo é bom porque nos faz viver mais e melhor, não porque barateia os gastos globais do sistema.

Recentemente, em um encontro que houve aqui no Rio, foi noticiado pela Sociedade Mundial de Geriatria que é preciso encontrar mecanismos para que as pessoas vivam mais e morram mais rápido. O que isto quer dizer? Que hoje vivemos mais tempo, mas que na hora de morrer não devemos ficar doentes por muito tempo. Os esquimós, por exemplo, em determinada idade vão longe

para a neve e morrem. E nós? Claro que não! E por quê? Porque se temos saúde, vamos ficando mais velhos, alongando a nossa expectativa de vida e não estamos acostumados a trazer a morte para tão perto de nós. Por outro lado, os bebês que nascem prematuros também hoje têm mais probabilidades de sobreviver. Não se imaginava, há algum tempo atrás, que bebês de quatrocentos gramas, de quinhentos gramas, pudessem sobreviver. E isto também é caríssimo. Precisam de equipamentos, médicos especializados, remédios etc. A mesma coisa podemos afirmar em relação aos que tinham leucemia, pois era uma condenação. Hoje, isto não é mais assim, pois há tratamento. Pacientes de insuficiência renal morriam e hoje têm que ser tratados, fazem hemodiálise, cujo equipamento é sofisticado e caro. Fazem também transplantes, que não precisamos dizer que exigem recursos vultosos.

Então, quanto mais saúde tem um povo, mais recursos são necessários mobilizar para cobrir os gastos com saúde. É um saco sem fundo. Isto que antes só existia no chamado primeiro mundo está também acontecendo entre nós. Estudei, com Gastão Wagner, nosso palestrante, um livro que era nossa Bíblia se chamava *Eficiência e Efetividade nos Serviços de Saúde*, que os epidemiologistas adoravam. Este livro, de um importante epidemiologista inglês, nos ensinou a diferença entre *care and cure*. Com a descoberta da anestesia e da assepsia, ainda no final do século XIX, o salto na medicina foi grande, mas é só a partir dos anos 50 do século passado as práticas terapêuticas ganham escala e difusão. A radioterapia é descoberta, assim como as vacinas, e vários outros medicamentos. É a partir desse período que o parque de conhecimentos tecnológicos começa a ser aplicado com algum grau de eficiência. E é inegável que há melhoria das condições sociais e econômicas, o que será rompido com o surgimento da AIDS. Pena que nosso tempo é exíguo e não poderei expor minhas reflexões, principalmente sobre o que representa a AIDS, sobretudo na África.

O que desejo que vocês entendam é que a idéia da cura se perde. As pessoas, uma vez doentes, continuarão doentes, e isso faz uma grande diferença. Quando tínhamos pneumonias infantis, diarréias infantis, o paciente ia para o hospital, era tratado e voltava para casa, curado. Quando retornava, era porque aparecia um novo episódio, ou quando a doença era recorrente, por exemplo, era porque a água não era tratada e as condições sociais eram péssimas. Mas havia a idéia da cura presente. Hoje isto não acontece. Uma vez doente, continuará doente, ou seja, é provável que o tratamento se prolongue. A pessoa que enfarta, permanecerá doente até morrer. Trocará de médicos e até de remédios, mas

continuará tomando remédio para pressão, ácido acetil-salicílico, fazendo controle com eletrocardiograma, etc. Um bebê, se diagnosticado com fenilcetonúria, antes estava condenado, mas hoje sobrevive, embora vá precisar de cuidados para o resto da vida, visitando médicos, enfermarias, etc. Então, qual o problema que isso coloca?

Primeiramente, o trabalho de saúde deixou de ser apenas o do médico. Em segundo lugar, chega-se ao plano do desenvolvimento tecnológico. E, terceiro, quanto maior o investimento que fizermos em atenção básica, mais aumentará o contingente de idosos *handicapped*, de pessoas com problemas de doenças crônicas, dependendo de cadeira de rodas etc. Para um país desigual como o nosso tudo isso é problema. Pois além desse novo cenário da saúde, ainda temos presentes doenças curáveis, como a tuberculose, por exemplo. Os dados sobre a tuberculose são espantosos e nos envergonham. Temos a desnutrição, embora a obesidade já seja do ponto de vista geral de saúde pública, mais importante que a desnutrição. A obesidade é um problema muito complexo, enquanto a desnutrição não. No Brasil temos hanseníase ainda em proporções significativas. A eficiência do tratamento contra a tuberculose, com comprimidos únicos, encurtando os esquemas terapêuticos, tentando identificar vacinas eficazes é essencial para uma parte da população. Não estou falando da tuberculose que surge em decorrência da AIDS, mas daquela velha tuberculose que se propaga pela pobreza. E temos que dar conta de sua erradicação.

Nós hoje temos que dar conta de nossos micro-bebês que nascem com quatrocentos, quinhentos gramas. E isso tratamos na Unidade Peri-Natal da Maternidade de Bonsucesso. Agora mesmo temos um lá de seiscentos gramas, que está indo bem. Mas tudo isso consome recursos e não será o Saúde da Família que irá resolver esses problemas, pois são de outra natureza. O Saúde da Família vai resolver um conjunto de problemas para permitir que as pessoas vivam melhor e tenham mais conforto durante mais tempo da sua vida. Os economistas da Universidade de York têm uma premissa interessante: você tem que avaliar as intervenções e ações em saúde. É como se houvesse uma curva temporal com um somatório das condições de saúde acumuladas ao longo do tempo. Este é o problema: como é que daremos conta disto?

Hoje o Ministério da Saúde gasta R\$ 80 milhões por ano tratando cerca de três mil e poucas crianças com doença de Gaucher. Como deve proceder? Não tratar a doença de Gaucher? Concomitantemente, temos que expandir o programa Saúde da Família para o Nordeste. Então, como fazer tudo isso?

Estes são dilemas que se colocam e têm que ser resolvidos. A escolha, ou melhor, as questões que para nós se colocam são por que gastar este montante de recursos com um contingente muito menor de doentes. Por exemplo, por que não gastar tudo com a cura da tuberculose, que possui um contingente maior de doentes? São desafios desse tipo que hoje o sistema de saúde brasileiro tem que enfrentar.

Aliás, esse também é o desafio daqueles que defendem a universalidade do sistema. Ainda hoje, em novembro de 2006, alguns políticos irresponsáveis, em textos publicados no *Jornal do Brasil* e no *O Globo*, declararam: “Ah, tem que ver as *Invasões Bárbaras* para ver que o Canadá tem os mesmos problemas que nós!...”. De fato, esses problemas vão continuar se colocando. Existe um trabalho muito recente de um francês, Hervé Juvin, chamado *L'avènement du corps*, em que ele reflete como a França enfrenta esse fato novo do prolongamento da vida. Estamos criando mecanismos que tornam esses corpos, em busca de eternidade e a juventude, quase biônicos. A fluoxetina é um antidepressivo poderoso, as pessoas tomam Viagra, fazem cirurgias corretivas, enfim, estamos gerando um contingente de pessoas centenárias, vigorosas. E, na Europa, qual o sistema de seguridade que irá sustentá-las? Quem irá recusar aplicar esses tratamentos?

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve pagar ou não por uma cirurgia estética? É um dilema! Deve pagar uma reposição de quadril porque a pessoa anda com dificuldade? É uma prótese caríssima! São problemas que terão de ser enfrentados. Insisto: prevenir é bom. Conseguirmos proporcionar a atenção básica para permitir que as pessoas vivam mais tempo saudáveis é essencial. Não é para fazer economia de nada, é para que nós possamos viver mais tempo com saúde e com mais capacidade produtiva ou prazerosa, de acordo com a corrente que cada um preferir. O problema passa a ser o impasse criado pela escassez de recursos, passa a ser uma questão financeira, de alocação de recursos, de política pública. O debate sobre os planos de saúde se situa em outra esfera.

Como se deve organizar uma política de saúde para dar resposta a este país? Onde as demandas são extremamente desiguais e onde essas necessidades vão se colocar de maneira particularmente intensa na população que vai ficando cada vez mais velha e que não estará coberta pelos planos de saúde? Lígia Bahia abordará daqui a pouco a questão dos planos de saúde. Retomando meu pensamento, a pessoa idosa, não coberta pelos planos de saúde, retornará ao SUS. E lembremos que serão parcelas sociais com maior capacidade de vocalização política, pois seremos nós as pessoas que irão compor esse grupo, não serão os

pobres. São os com voz, capacidade de interferência na mídia, que irão reivindicar e pressionar por esses tratamentos.

Pelo que expusemos acima, caímos no mesmo caso da doença de Gaucher. E por que o SUS deve pagar o tratamento dessa doença? É uma doença congênita incurável e grave. Entretanto, a vida das crianças portadoras poderá ser melhorada, mas terão que ser tratadas a vida inteira! É caríssimo e de uma eficácia razoável, mas é uma doença e, normalmente, se não tratadas elas morrem. Em qualquer país com renda um pouquinho abaixo da do Brasil, morrem, enquanto aqui sobrevivem. É como a AIDS, tem que ser tratada e fazer com que diminua a taxa de mortalidade.

Nos Estados Unidos, isto já foi resolvido durante o governo de Lyndon Johnson, com a criação do Medicare e do Medicaid, para liberar mercado para as companhias de seguros. Nos Estados Unidos eles não têm cobertura universal, mas cobram dos seus idosos, das pessoas com mais de 65 anos de idade, aqueles que são os renais crônicos, os portadores de patologias e de deficiências. Teremos que chegar a uma equação que dê conta de um sistema que se quer universal e deve dar cobertura básica para contingentes imensos da população, de acordo com suas estratégias de atenção primária. Esta é uma questão estrutural e teremos que ver de onde tiraremos os recursos financeiros e como serão distribuídos.

Na Constituição de 1988, fizemos a opção por um sistema universal gratuito no ponto da prestação e vinculado ao conceito de seguridade social, que era, ou é, duplamente virtuoso. É virtuoso do ponto de vista da política pública, ao estabelecer na Constituição a idéia da política integrada de proteção social, previdência, saúde e assistência social, e muitos dos que hoje aqui estão estiveram nessa luta. Também estabelecemos a conformação de um orçamento social e de uma política com capacidade de financiamento. Ou seja, quando criamos nosso sistema, optamos por algo que para nós se antecipava, tanto do ponto de vista demográfico quanto do epidemiológico, que é essa fronteira difusa entre a assistência e o cuidado.

Por exemplo, o paciente hipertenso ou que sofreu acidente vascular precisa do médico e do fisioterapeuta, ou seja, precisa do cuidado e de suplementação de renda para os remédios. Assim, a fronteira entre a assistência social e a assistência à saúde é hoje difusa, não apenas do ponto de vista da concepção financeira e orçamentária, mas do ponto de vista da própria lógica do sistema. Assim também é em relação ao auxílio doença, auxílio ao acidente de trabalho, mas esta é uma reflexão que aqui, neste seminário, não teremos espaço para fazer.

Então, optamos por essa ossatura que a Nova República e a Constituição Cidadã, na qual Ulysses Guimarães teve papel essencial, nos permitiram naquele momento fazer: optamos pela solidariedade sistêmica. E é óbvio que esta idéia colide com a que se começou a implantar na Europa, com a revolução Thatcher-reaganiana, da competição a qualquer preço, do rompimento da solidariedade, da primazia do mercado como operador das políticas públicas em geral.

Enquanto muitos de nós no movimento sanitário comemorávamos a promulgação da Lei 8080, que repete os princípios fundamentais já expostos na Constituição, em pleno governo Collor de Melo, ao mesmo tempo se avançava no processo de adesão às políticas liberais. Muito ficam surpresos: “Como é que o Collor conseguiu passar a Lei nº 8080, que é uma lei generosa, apesar dos vetos constitutivos do SUS?” Na verdade essa lei praticamente retoma o que já está na Constituição de 88. O que ela traz de diferente é quebrar a idéia de seguridade social. Ela é progressista porque reafirma, na vigência dos ecos do liberalismo, os princípios solidários. Temos que nos lembrar que o neoliberalismo começa a se constituir depois da derrota de Ulysses Guimarães, ao final do governo Sarney, e se aprofunda no governo Collor. Assim, ao mesmo tempo em que fazemos uma coisa aparentemente democrática e reafirmando esses preceitos da universalidade, logo em seguida se fratura o conceito de seguridade social. Este é o primeiro ponto importante de fratura do conceito de seguridade social, porque logo em seguida sai uma nova Lei da Previdência e, logo depois, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), mas todas com financiamento. Entretanto, isto irá se agravar, e infelizmente não teremos tempo de aprofundar a questão, ao final do governo Itamar Franco, quando o ministro Antônio Brito suprime qualquer transferência financeira das contribuições previdenciárias para a saúde. Nesse momento Adib Jatene se viu obrigado a empreender sua cruzada, que levou à sua derrubada, pela constituição do CPMF.

Viveremos esse dilema nos anos 90, com o avanço do marco normativo de alguns preceitos contidos na Constituição de 1988, como a idéia de descentralização. Descentralizaremos e em contrapartida teremos problemas graves de financiamento. Portanto, quando a nova política se amplia para os municípios, nos anos 90 os estados são enfraquecidos. É necessário aumentar a base de apoio político do SUS, mas ao mesmo tempo serão abandonados os dois princípios que freqüentaram as agendas reformistas da luta pela reforma sanitária nos anos 80 — o público e o privado se unindo para a prestação do serviço, mas não para o financiamento. O debate em que Hésio Cordeiro foi pioneiro, hoje aqui presente, foi abandonado. Essa questão passou a ser irrelevante.



Políticas seletivas, ou de hierarquização e de parcerias com prestadores são abandonadas em troca da descentralização, e a fragmentação muito grande impossibilita a constituição de políticas em espaços em que a população não se move, por limites circunstanciais, em territórios administrativos. A população se move pelas ofertas de equipamentos urbanos, de facilidades, de instalações. A população não vive em municípios, ao contrário do que muita gente pensa. A pessoa vive onde vive e, por acaso, pode estar em um município ou nos espaços metropolitanos, nos aglomerados urbanos. Então, essa questão da descentralização radical que se processa nos anos 90, curiosamente, aumenta a base política de sustentação do SUS, mas ao mesmo tempo representa a desobrigação da União.

Eu tive que fazer umas contas rápidas, pois achei que o Temporão as faria, e quando soube de sua ausência olhei as contas públicas relativas ao financiamento da saúde. Resumidamente, na década de 80 o INAMPS é que prestava assistência no Ministério da Previdência, e consumia 30% da receita. Não estou me referindo ao PIB, mas sim à receita da Seguridade Social naquele momento. Hoje — os últimos dados consolidados que tenho são sobre 2003 — a receita da Seguridade é de 300 milhões de reais. De acordo com os dados de 2003, o orçamento público da Saúde foi cerca de 60 bilhões de reais, assim distribuídos: 27 da União, 12 dos estados e 13 dos municípios. Em 2003, na massa nacional, a chamada Emenda Constitucional 29 já era sobrecumprida pelos municípios. Por quê? Porque houve uma retração do gasto federal. Isso ninguém diz! Aquilo que começou e depois foi radicalizado com Antônio Brito, vai se aprofundar. Se seguirmos a mesma proporção da década de 80, em 2003 teríamos que ter 90 bilhões, mas a União entrou com apenas 28 bilhões. Quer dizer, quando se fraturou a idéia de seguridade social, com a Lei 8080, começamos a perder a coesão do princípio da solidariedade. Quando o ministro José Serra, por razões políticas, em busca da estabilidade, desvincula, quebra a emenda de Waldir Pires e do Eduardo Jorge, que previa a vinculação de recursos à receita da seguridade social, pela variação do PIB, verdadeiramente está consolidando este movimento de congelamento. Estabiliza, mas estabiliza num montante baixo.

Retomando o primeiro ponto, o fato de o povo estar vivendo mais se tornou um problema de saúde. E é cada vez mais caro, porque o povo está vivendo mais, porque, de alguma forma, a água chegou, o saneamento chegou. Teremos que enfrentar as questões relativas aos financiamentos e subsídios oferecidos aos planos de seguros e saúde. Então, quais são os dilemas? O que temos de fazer? A partir do ano 2000, isto é, no período em que José Serra estava no Ministério

da Saúde, começa a se retomar uma questão que fora abandonada e estava fora da pauta desde a Constituição de 1988 até o ano 2000. Nesses doze anos, a questão da regionalização e da hierarquização do serviço ficou de fora. A questão da regionalização dos serviços de saúde começa a ser retomada e abre espaço para uma norma, que só vai ser estabelecida agora, com o ministro Saraiva Felipe, e que dá possibilidade de rever, inclusive, a modalidade de retribuição de prestadores pelo SUS, mudando a lógica da contra-prestação de atos inéditos na negociação, que nós chamamos praticamente de um escambo. Funciona mais ou menos assim, para quem não é do ramo: “Você me dá duas tomografias, que eu te dou duas duodeno-pancreatectomias” ou troca-se um exame de sangue por dois eletrocardiogramas. Isto é uma loucura, um delírio tecnocrático! Nem o “inampiano” mais tecnocrático imaginou esse horror que foi instituído nos anos 80. São procedimentos inaceitáveis, em que se cobra a cessão de uma ressonância, que como contrapartida gera o “direito” de receber dez hemogramas. A idéia de se ter um sistema regional abre espaço para aquilo que foi recém-regulamentado, depois de três anos de negociação: a idéia de estabelecer um novo pacto de gestão entre os níveis de governo.

Isto foi iniciado na gestão de Gastão Wagner, presente aqui como expositor, na secretaria executiva. Jandira Feghali, presente neste auditório, era deputada e votou essa lei que começou a abrir espaço de reprogramação de novas ações de saúde, com a aprovação da possibilidade de consórcio nas três esferas de governo e não apenas a possibilidade de consórcio intermunicipal. Foram também incluídos os estados e a União, para que o sistema possa ordenar serviços cuja escala, pela própria natureza do serviço, ultrapassa a fronteira de muitos municípios brasileiros.

Do ponto de vista da organização do serviço penso que isto é um avanço. Nós temos que investir em saúde da família, aumentar atenção primária, articular os níveis de assistência, porque não adianta apenas expandir. Hoje em dia, o médico atender num consultório só já não adianta! Em algum momento, ele terá que solicitar um raios-X, precisará que um especialista faça um exame, ou seja, há a necessidade de uma rede articulada entre sistemas de alta complexidade. E precisamos rever, definitivamente, as bases de financiamento do sistema, um sistema que nós queremos público, universal e gratuito, na prestação. Não há possibilidade de imaginarmos alternativas de melhoria de acesso, de equalização das oportunidades de atendimento por qualquer mecanismo securitário. Não há no mundo essa possibilidade e, portanto, não haverá aqui. Não há nos Estados Unidos. Não há qualquer idéia de que o mercado, de alguma forma, vá resolver

isto. Há continuamente, mesmo lá, aumento das transferências de renda para as camadas mais altas. O convívio tem de ser tolerado por razões de conjuntura política, mas acho que não há caminho, senão pela publicização, para não usar a palavra que arrepia a muita gente, “estatização”, dos programas de saúde, como ocorre na Espanha, na Inglaterra, na França, na Alemanha, de uma maneira um pouco diferente na Escandinávia, na Itália e em Portugal. Para isso, precisamos que as bases de financiamento sejam melhoradas do ponto de vista dos recursos, da lógica de distribuição desses recursos, e do montante dos recursos que são hoje dedicados à saúde.

É comum afirmarem: “a Saúde é o segundo orçamento da União!”. É! É aqui, é no Canadá, é nos Estados Unidos, é no Reino Unido, é na França. Nesse discurso, depois da Previdência, vem a Saúde. Nos Estados Unidos, desde Lyndon Johnson até Clinton, o segundo orçamento depois da Previdência era o da Saúde. Só com Bush passou a ser o orçamento militar, mas prestem atenção, não estou falando do gasto e sim do orçamento federal, pois o gasto militar continua inferior ao gasto em saúde. Muito obrigado.

LIGIA BAHIA. Gostaria de iniciar agradecendo à professora Maria da Conceição Tavares e aos demais diretores do Centro Celso Furtado o convite. É uma grande honra participar desse ciclo de debates. Para a área da saúde essa oportunidade é inestimável. Minha apresentação está centrada no tema: “Padrões e mudanças nas relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro”.

Vou utilizar como fio condutor da apresentação a tentativa de responder a uma sub-pergunta da pergunta: o que mudou depois do SUS? Essa sub-pergunta seria o que mudou e o que não mudou no âmbito dos dispositivos de financiamento e nas relações entre oferta e demanda às redes de serviços de saúde. Tomo como ponto de partida, para tentar responder a essa pergunta, o já decantado conhecimento sobre o quanto são imbricadas as redes públicas e privadas de prestação de serviços de saúde. O mesmo recurso físico predial e o mesmo equipamento atendem demandas financiadas diretamente por fontes públicas e também demandas suportadas por fontes privadas. Essa situação, caracterizada pelo fato de que o mesmo profissional de saúde, o mesmo recurso físico serve a duas redes é bastante conhecida por quem é da área da saúde, mas pouco nítida para quem não possui intimidade com os meandros do cotidiano assistencial.

Na realidade, as presenças de prestadores de serviços privados (médicos) e hospitais filantrópicos são registradas em vários países e, nesse sentido, o Brasil não seria uma exceção. De maneira sintética, pode-se dizer que nos sistemas de

saúde o que varia é a composição público-privada dos financiadores e dos prestadores de serviços. Existem sistemas universais nos quais a saúde é um direito de todos e, portanto, é responsabilidade estatal, mas que possuem prestadores de serviços privados, financiados por fontes públicas. O que distingue o Brasil é a adoção de um sistema universal na dimensão jurídico-legal e a preservação simultânea de uma forte participação do componente privado no financiamento e na natureza jurídico-legal privada dos prestadores de serviços.

Portanto, as projeções automáticas acerca da existência de um sistema público de saúde semelhante ao de países da Europa Central e também a da vigência entre nós de um mercado de planos privados de saúde similar ao dos Estados Unidos não passam de imagens idealizadas. Outro enfoque convocado para explicar o sistema de saúde brasileiro é baseado numa aceção evolucionista da assistência para o seguro social e do seguro social para o sistema universal, para justificar o hiato entre o direito formal e a efetividade do direito à saúde — e tampouco elucida as razões da preservação da segmentação. Ambas as aceções, seja a que considera que temos dois sistemas, um grande — o SUS, que atende 75% da população — e outro de menor dimensão — nucleado pelas empresas de planos e seguros de saúde —, seja aquela que considera os planos e seguros de saúde como resíduo de um sistema em evolução para o universalismo evitam encarar que o híbrido público-privado é estável e possui dimensões mais extensas do que as que lhe são correntemente atribuídas. Mesmo entre os que admitem a estabilidade do componente privado pairam concepções errôneas sobre a amplitude da lógica e apropriação privada dos recursos no sistema de saúde, na medida em que desse desconhecimento intencional ou não sobre o aporte de recursos públicos para financiá-lo deriva uma aceção sobre a co-variação da demanda aos serviços privados de saúde com a renda dos indivíduos.

O componente privado tem estabilidade, é certo. Entretanto, a constatação sobre a correlação entre as coberturas privadas com a renda, lastreadas na idéia de que os planos e seguros de saúde são livremente escolhidos e comprados por consumidores individuais de acordo com a renda que predomina, inclusive nos trabalhos acadêmicos, não se coaduna com a realidade, na qual as coberturas dos planos e seguros de saúde pertencem à esfera do trabalho. Os planos de saúde são antes benefícios trabalhistas do que bens de consumo individual. Isso não quer dizer que não haja uma associação entre planos privados de saúde e renda. Trata-se, no entanto, de esclarecer que a associação renda-cobertura, nesse caso, não é necessariamente causal. O que explica a expressiva magnitude da cobertura por

planos e seguros de saúde no Brasil é o emprego formal e o porte da empresa empregadora. Mais de 75% dos contratos de planos de saúde derivam da inserção no mercado de trabalho. Essa proporção é ainda maior nos Estados Unidos.

Como afirma Robert Evans, o seguro saúde, o plano de saúde individual, livremente escolhido por um consumidor, “seleção adversamente” orientada que compra um produto oferecido por empresas que dispõem produtos diversificados com preços distintos, “seletoras de riscos”, num contexto assimetricamente informado, é um mito acadêmico. No entanto, é essa concepção que predomina inclusive nos trabalhos técnicos e científicos realizados no Brasil.

Mas a nuvem de fumaça também encobre nossa visão sobre o SUS. Existem variações na apreensão e esquemas explicativos sobre a realidade do sistema público de serviços e cuidados de saúde. Não me deterei nelas, tomarei um atalho e me fixarei na “blindagem”, termo utilizado pelo dr. Sergio Arouca, que nós tivemos e temos que criar para defender o SUS. Basta dizer que, desde a promulgação da Constituição, o SUS sofre ataques mais ou menos intensos, mais ou menos explícitos. A necessidade de defendê-lo gerou um repertório de argumentos sobre sua serventia e superioridade que reflete a construção de uma frente, uma coalizão em defesa do SUS.

Na reunião de ontem, no Conselho Nacional de Saúde, falou-se mais de uma vez que o SUS é o melhor sistema de saúde do mundo. São afirmações sinceras, ainda que emitidas por pessoas que estão vinculadas a planos privados de saúde, pessoas que “torcem” pelo SUS. As versões mais sofisticadas de defesa do SUS baseiam-se na divulgação de resultados de pesquisas sobre a satisfação com o atendimento prestado pelos serviços da rede do SUS. Segundo essas pesquisas, os que foram atendidos ficaram satisfeitos. Os que criticam o SUS, então, seriam os que não o utilizam. O que inclui quem planejou a pesquisa e divulga estes resultados.

Mas para responder à pergunta sobre o que mudou e não mudou com o SUS, talvez não seja tão relevante no momento nos determos na polêmica qualidade dos serviços do SUS e sim tentar entender o que ele é, ou pelo menos o que não é. Talvez devêssemos, ainda de maneira mais modesta, buscar algumas marcas que nos auxiliem a captar as mudanças e as permanências no padrão de organização da atenção à saúde no Brasil. As mudanças que podem ser consideradas positivas ou avanços, sob um enfoque normativo, são notáveis e os exemplos dos programas universais, como o da AIDS e vacinação, oferecem evidências de sobra a respeito dos acertos do SUS. Só o Brasil, Costa Rica e Cuba possuem sistemas universais de saúde na

América Latina. Mas é preciso enfatizar que, 16 anos após a Constituição, o SUS e suas similaridades com sistemas universais são ainda muito mais retóricos do que traduzíveis em direitos efetivos.

Daí a necessidade de olhar para o que não mudou ou para “mudanças que impedem mudanças”. Também decorre a necessidade de trazer o debate para um plano mais baixo, para o rés-do-chão, onde ocorre o pagamento e a prestação de serviços de saúde. A tentativa é buscar respostas para perguntas sobre quem paga? Quem recebe o que pago? E com isso subsidiar um exame sobre os fluxos de recursos financeiros, articulações políticas e sobre os dispositivos jurídico-legais que dão suporte e legitimidade ao híbrido público-privado.

### Quem paga?

Quem é que paga? Há uma contradição entre o caráter universal do SUS e a magnitude das fontes privadas que financiam a saúde. Como pode se observar na tabela 1, abaixo, sobre a estimativa dos montantes por fonte de financiamento, no Brasil as fontes privadas superam as públicas e a participação do chamado gasto direto das famílias com assistência à saúde (mesmo que se retirando as despesas com o pagamento de mensalidades de planos de saúde pelas famílias) é relativamente elevada.

**Tabela 1 – Estimativa dos gastos com saúde segundo fontes públicas e privadas por tipo de gasto. Brasil, 2002-03, em milhões de reais**

Tipo de Gasto	Fontes	em milhões de reais	%	% do PIB (5)
SUS	Impostos gerais e contribuições sociais (1)	46 574,00	43,85	3,5
	União	24 737,00	23,29	
	Estados	10 078,00	9,49	
	Municípios	11 759,00	11,07	
	Planos privados de saúde	Planos privados de saúde (2)	26 497,00	24,95
Planos privados de saúde	Gastos das famílias	13 026,00	12,26	
	Gastos das empresas (3)	13 471,00	12,68	
	Gastos diretos das famílias exceto com planos privados de saúde	Desembolso direto (4)	33 149,00	31,21
	<b>Total</b>	<b>106 220,00</b>	<b>100</b>	<b>8,6</b>

Elaboração Própria

Fontes: (1) Ministério da Saúde, 2004. (2) 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 do total do faturamento das empresas de planos e seguros de saúde declarado à ANS. (3) 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. (4) Excetuando as referentes ao pagamento de planos privados de saúde. (5) PIB em 2002 = R\$1 321 400 milhões.

Esses cálculos estão *sub judice* por duas razões distintas. Em primeiro lugar, porque os gastos com o pagamento de planos de saúde de empresas como a Petrobras, Volkswagen, Itaú, BNDES e outros com planos privados de saúde não estão computados. Se considerados, gastaríamos mais saúde. Mas daí surge outra pergunta: os gastos das estatais com planos de saúde são públicos ou privados? Os gastos do Itaú, da Volks, etc. seriam privados. Portanto haveria mudança na parcela pública e na privada. Além disso, gastos sem dúvida nenhuma públicos como os envolvidos com o pagamento de planos de saúde de funcionários públicos das três esferas de governo são considerados gastos privados.

Tais gastos (os que com certeza são ou poderiam ser classificados como públicos) são expressivos. A título de exemplo, vemos que os valores da renúncia fiscal ou melhor gastos tributários,<sup>1</sup> do pagamento de planos de servidores públicos da esfera federal com recursos do Tesouro e os recursos envolvidos com o pagamento pelas estatais de planos de saúde para seus funcionários é considerável.

**Quadro I - Estimativa do gasto tributário da função orçamentária saúde por modalidade de benefício – Brasil 2005**

<b>Benefício tributário</b>	<b>Valor Estimado (em Reais)</b>
Despesas médicas do IRPF	1 943 016 780,00
Assistência médica odont. e farm. a empregados IRPJ	725 171 076,00
Entidades sem fins lucrativos – Assistência Social	944 574 124,00
Medicamentos	1 398 145 586,00

Fonte: Ministério da Fazenda – Secretaria da Receita Federal (Coordenação-Geral de Política Tributária), 2006. Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária.

A previsão de redução de gastos com planos de saúde para servidores federais, em 2007, não significa a diminuição do valor individual do “benefício”, uma vez

1 Os gastos tributários são desonerações que correspondem a gastos indiretos de natureza tributária. Ou seja, trata-se de renúncias que podem ser consideradas exceção à regra geral da legislação tributária uma vez que têm a intenção de aliviar a carga tributária de uma classe específica de contribuintes, de um setor de atividade econômica ou de uma região e que, em princípio, poderiam ser substituídas por despesas orçamentárias diretas. Segundo a Secretaria da Receita Federal (2003), os objetivos dos gastos tributários são os de promover o desenvolvimento econômico ou social por intermédio de recursos não orçamentários e por meio do sistema tributário. As finalidades dos gastos tributários são: (i) compensar gastos realizados pelos contribuintes com serviços não atendidos pelo governo; (ii) compensar ações complementares às funções típicas de Estado desenvolvidas por entidades civis; (iii) promover a equalização das rendas entre regiões; ou, ainda, (iv) estimular determinadas áreas da economia ou localidades.

que entre 2005 e 2007 houve uma redução do número de pessoas cobertas (titulares e dependentes).

#### Quadro 2 – Gasto com planos de saúde para servidores federais

Ano	Valor total (em Reais)	Var. %	Beneficiários	Var. %
2005	979 111 616	0	2 162 389	0
2006	1 174 891 765	15,742	2 065 610	-10,76
2007	1 164 068 665	-0,930	1 940 074	-6,47

Fonte: Ministério do Planejamento – Informações Complementares das Leis de Diretrizes Orçamentárias de 2005, 2006 e 2007.

#### Quadro 2 A – Gasto com planos de saúde para servidores federais

Ano	Valor mensal p/beneficiário	Var. %
2005	37,73	0
2006	47,4	25,89
2007	50	5,20

Fonte: Ministério do Planejamento – Informações Complementares das Leis de Diretrizes Orçamentárias de 2005, 2006 e 2007.

#### Quadro 3 – Gastos de empresas estatais (selecionadas) com saúde, Brasil 2005

Empresa	Gasto (em Reais)
Petrobrás	1 862 526 000,00
Banco do Brasil	379 172 000,00
Caixa Econômica	218 486 000,00
Eletrobrás	139 096 000,00
Furnas	58 228 000,00
Itaipu	24 548 000,00
BNDES	44 117 000,00

Fonte: Balanço Social das Empresas, 2005.

Nota-se que esse padrão de financiamento é quase oposto ao daquele verificado em sistemas de saúde universais nos quais os gastos com saúde são financiados predominantemente por fontes públicas, conforme os dados da tabela 2. Nessa mesma tabela, observa-se que a proporção de gastos diretos nos EUA é menor do que no Brasil, onde uma grande parte dos gastos com



medicamentos, diferente do que ocorre lá, não são cobertos nem pelos financiadores públicos e nem pelos privados.

**Tabela 2 – Indicadores de gastos com saúde – Países selecionados, 2003**

País	Gastos per capita (em \$ ppp)	% Gastos públicos e privados		% Gastos privados*	
		% Públicos	% Privados	Desembolso direto	Planos de Saúde
Argentina	518	48,6	51,4	55,6	38,2
Brasil	270	45,3	54,7	64,2	35,8
EUA	5711	44,6	55,4	24,3	65,9
Reino Unido	2428	85,7	14,3	76,7	23,3

\*A soma das proporções dos gastos privados não necessariamente totalizam 100%.

Fonte: The World Health Report 2006.

Nesse momento não temos nenhuma intenção de ir adiante nessa especulação. Nosso objetivo é apenas evidenciar a importância do aporte de recursos públicos para o financiamento de planos e seguros de saúde. Ressaltar também que esse padrão de financiamento foi herdado do regime militar, que convocou as empresas empregadoras para o esforço de expansão de coberturas previdenciárias, inclusive assistência médica, nesse caso em troca de benefícios fiscais. Esse tipo de procedimento não é novo e foi preservado e até ampliado ao longo do tempo. Queria apenas ressaltar que esse padrão de financiamento não é compatível com a universalização do direito à saúde.

Nesse sentido, a proposta de “universalizar” o plano de saúde para os servidores do governo federal, que está na pauta na Mesa Nacional de Negociação<sup>2</sup> visando a “democratização das relações de trabalho no serviço público federal”, é um passo na direção contrária à da universalização.

### Quem recebe?

A consequência desse padrão de financiamento nos permite responder a segunda pergunta: quem recebe? A iniquidade na distribuição de recursos para

<sup>2</sup> A Mesa Nacional de Negociação Permanente foi instalada em fevereiro de 2003. Em 22.7.04 o protocolo estabelecido entre o governo federal e as entidades representativas dos servidores públicos civis da União foi publicado no Diário Oficial da União e o regimento institucional da mnp em 22.7.04. A Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento coordena a mnp e em seu âmbito foi criada a Coordenação-Geral de Seguridade Social da shr para tratar questões relacionadas à saúde ocupacional e assistência médica e social do servidor.

a saúde é gritante. Tem mais quem paga indiretamente ou diretamente um plano de saúde e não quem tem menos saúde. A disparidade dos recursos disponíveis para as clientela cobertas e não cobertas por planos privados de saúde pode ser visualizada no quadro 4.

**Quadro 4 – Dimensionamento da demanda, oferta e gastos com saúde segundo tipo de cobertura**

Tipo de Cobertura	Demanda	Gastos com Saúde (1)/ Faturamento das Empresas (2)	Estimativa de Gastos per Capita (3)
sus	Pelo menos 75% da população	R\$ 46 574 bilhões	R\$ 264,00*
Planos e Seguros Privados de Saúde	25% do total da população	R\$ 27 015 bilhões	R\$ 819,00**

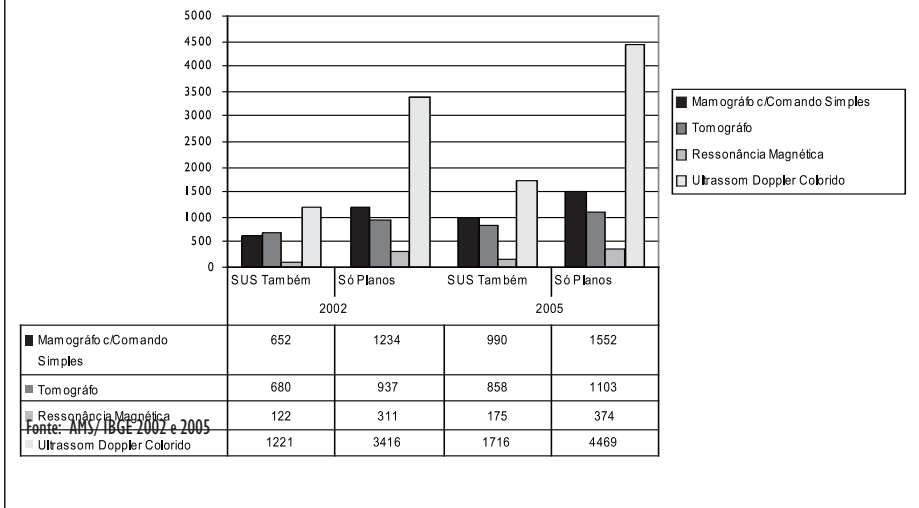
\*Despesas com saúde \*Valor Total dos Prêmios Arrecadados

\* Considerando a totalidade da população

\*\*Considerando apenas os clientes de planos de saúde

Fontes: (1) Ministério da Saúde, 2004, estimativa de gastos públicos (federal + estadual + municipal); (2) ANS, 2004; (3) IBGE, Estimativa de População 2002, e ANS, Cadastro de Beneficiários, julho de 2003.

**Gráfico I**  
**Equipamentos Disponíveis para pacientes “SUS” e Clientes de Planos de Saúde**  
**Brasil 2002 e 2005**



### Quem é pago?

Para responder à terceira pergunta — quem é que recebe o que é pago? — é preciso mencionar algumas características da oferta de serviços de saúde no Brasil. Existe uma aparente sobreoferta de serviços, de recursos assistenciais em face da relativamente pequena parcela da população coberta por planos de saúde. Isso por si só seria um verdadeiro milagre de multiplicação de pães, agravado pelo fato da multiplicidade dos convênios do mesmo prestador de serviços e diferenças nos valores de remuneração segundo compradores públicos e privados. É por essa razão que o espantoso contingente de médicos que atuam em consultórios particulares no Brasil se mantém. Os médicos atendem, simultaneamente, as demandas da rede SUS e das empresas de planos de saúde. Pelo menos 70% dos cerca dos 260 mil médicos têm algum tipo de vínculo com as empresas de planos e seguros de saúde.

É preciso ressaltar ainda que boa parte da capacidade instalada (relacionada com a realização de exames de imagem alto custo) está destinada ao atendimento exclusivo das demandas dos clientes de planos e seguros de saúde, conforme exposto no gráfico 1. Este mostra ainda a preservação dessas diferenças entre 2002 e 2005, embora se registre um discreto aumento dos equipamentos disponíveis para o atendimento universal.

#### Quadro 5 – Dimensionamento da demanda, oferta e gastos com saúde segundo tipo de cobertura

Tipo de cobertura	Demanda	Oferta		
		Médicos (1)	Hospitais (2)	Diagnose e Terapia (2)
SUS	Pelo menos 75% da população	70%	78,5	29%
Planos e Seguros Privados de Saúde	25% do total da população	67%	65,5	71%

Fontes: (1) Conselho Federal de Medicina, 2004; (2) IBGE — Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 1999/ IPEA, 2002

### Os sistemas de compras de serviços de saúde

Como pode se depreender, existem dois sistemas de compra de serviços de saúde: o sistema governamental e o organizado pelas empresas de planos de saúde. Os prestadores de serviços multiconveniados “trocam” volume por preço. Muitas vezes as tabelas são apenas nominais e os compradores privados pagam mais e os governamentais pagam menos. Há exceções. O Laboratório de Economia Política de Saúde (LEPS) da UFRJ está estudando a lógica e os valores

praticados tanto por empresas de planos de saúde quanto por secretarias municipais de saúde.

Na realidade, isso é o que não mudou ou, em outras palavras, mudou mas não alterou o padrão. Porque na época da Previdência Social o parâmetro dos preços era dado pelo governo e agora nem sempre. Quem elaborou a primeira tabela de remuneração de procedimentos foi um “cardeal do IAPI”. O que mudou: do lado dos planos de saúde há uma crença de que as relações são pautadas pela liberdade de compra e venda e antes era a Previdência que definia a tabela. Do lado do sistema público, a descentralização concedeu aos médicos, especialmente a algumas associações médicas, e a entidades patronais uma maior autonomia na determinação do preço. Também estes agentes ganharam poder de pressão junto a governadores, prefeitos e secretários de saúde. Em várias cidades brasileiras se paga o dobro da denominada tabela SUS.

Fica claro então que os recursos disponíveis para a saúde no Brasil são, primordialmente, destinados aos prestadores privados de serviços. Portanto não se trata apenas de constatar o problema na origem das fontes e sim no destino dos recursos. Logo, se o destino dos recursos é um problema, então qual é este problema? Não se pode dizer que a parcela da população que está coberta por planos de saúde consome bens suntuários. Tampouco seria plausível supor que as maiores remunerações devidas ao atendimento de clientes de planos de saúde decorrem do maior rendimento do trabalho envolvido com um atendimento diferenciado para quem tem plano. Essas características, portanto, não nos autorizam a uma apropriação inadequada das contribuições de Celso Furtado. O segmento constituído pelos clientes e ofertantes de serviços de planos de saúde e os prestadores de serviços privados não são modernos e sim dependentes e beneficiários do financiamento público e do padrão de compras de serviços governamentais.

O que pode se afirmar é a existência de um fluxo permanente de recursos públicos apropriados por agentes privados que selecionam o que, quem e como atendem. E para a saúde a seleção do que, quem e como atender não é um problema que possa ser deixado de lado. O que tem sido feito? Por um lado, aprimoramento das compras governamentais, desde a implantação da Autorização de Internação Hospitalar até o estabelecimento de contratos de metas de atendimento; por outro, a ampliação das transferências fundo a fundo. O atual Pacto de Gestão avança metas de melhoria da saúde.

Mas o que não tem sido feito? O enfrentamento da competição por capacidade instalada e preços com os prestadores de serviços. Os governos não

usam seu poder de compra para exigir, por exemplo, que uma entidade filantrópica atenda universalmente. Os contratos com os hospitais universitários prevêem o fim das duplas portas em um período entre 4 anos e 3 anos. Por que não imediatamente? E por que não tem sido feito?

Em primeiro lugar, em função do subfinanciamento da saúde. Mas não é apenas isso. Há um equilíbrio de coalizões e conflitos. Foi gerada uma arquitetura política relativamente estável. A saúde até pode ser encarada como um “não problema”, como não prioridade. Há um consenso sobre os avanços do SUS e também um assentimento tácito sobre os limites da universalização. Não é por menos que o governo Lula propõe a universalização dos planos privados de saúde para os funcionários públicos federais. Para vários setores governamentais, o SUS é para os pobres. Sanitaristas renomados e muito bem postos se referem à “população dependente do SUS”. A “população dependente do SUS”, os “Não pagantes” ou pelos quais os governos “Pagam pouco” têm menos acesso aos serviços de saúde, e aos cuidados preventivos, como vem sendo demonstrado por estudos como o da Maria Fernanda, da UFMG, quer aos procedimentos de alto custo.

A parcela da “população pagante” também tem problemas: sejam os de vinculação aos contratos de planos mediados pelos contratos de trabalho, demissão, aposentadoria e controle de hígidez, absenteísmo; sejam aqueles determinados pela seleção de riscos realizada pelas empresas de planos e seguros de saúde. Eram, inclusive, esses os problemas que se pretendiam superar com a universalidade. Uma ilustração dessa indisposição em relação aos planos privados de saúde foi manifesta pelos funcionários da Universidade de Uberlândia que requerem atendimento no Hospital Universitário em função de não poderem arcar com os preços dos planos privados de saúde.

*“{...} estamos há décadas lutando arduamente para que a proreh em convênio com o Hospital de Clínicas supra as nossas necessidades, pois, quem é capaz de agüentar um plano unimed? A partir de então, questionamos o Pró-Reitor quanto às dificuldades da nossa categoria em conseguir atendimento médico, sobretudo na área ambulatorial para certas especialidades e também numa outra questão que é grave, a emergência! (Será no Pronto Socorro?) A informação obtida é de que tem-se feito um grande esforço em ampliar os profissionais e as oportunidades a partir de um trabalho de parceria efetiva da PROREH e o HC.” (SINTET- UFU, 28/06/2006).*

### **A Agência Nacional de Saúde (ANS)**

O advento da ANS foi pautado pela necessidade de atendimento às demandas de consumidores de planos individuais e pelo aceno da entrada de seguradoras e resseguradoras estrangeiras no Brasil. Essa restrição do âmbito de atuação da ANS aos planos individuais e a adesão às concepções sobre a necessidade de consertar o “mercado imperfeito” resultaram numa atuação governamental polêmica e desidratada. Em nenhum momento a ANS buscou definir em conjunto com o Ministério da Saúde uma política de preços e uma política de relação com os prestadores de serviços. É preciso dizer que o Ministério também não convocou a ANS para o cumprimento dessa missão. Hoje, a avaliação é que a agência queimou grande parte do seu estoque de credibilidade, a despeito de contar com quadros técnicos do maior valor. Há uma desconfiança sobre de que lado ela está, como pode ser exemplificado pelo extrato do pronunciamento de um membro do Poder Judiciário exposto a seguir.

#### *Despacho Proferido*

*{...} Por primeiro, anoto que a manifestação da ANS, não se limita à peça informativa, ao contrário, é verdadeira contestação, que deixa evidente estar seus interesses nuclearmente unidos ao interesse dos planos de saúde, devendo sua “contestação” ser vista com muita cautela. Isto posto, anoto que a intervenção da ANS foi pleiteada pelo plano de saúde, posto que por antecipação, já sabia da parcialidade do referido órgão, que deve ser repudiado em juízo. No mais, anote-se que a atuação da ans em fina harmonia com as operadoras de saúde, só vem piorando a situação dos particulares, posto que primeiramente, permitiu a cobrança de suposto resíduo no período de 2004/2005, afrontando a decisão de fls. 152/153, que havia fixado o percentual de reajuste em 11,75%. E segundo, porque fixou o percentual de reajuste para planos antigos, superior ao estabelecido para os planos novos, que foi de 11,69%. Assim, razão assiste ao e. representante do Ministério Público, dr. Gilberto Nonaka, quando afirma que a união da ANS com as operadoras de plano de saúde, têm como única intenção obrigar os consumidores de planos antigos a desistirem do contrato e, se possível, migrarem para os novos planos de saúde {...}”. 13/07/2005*

O modelo de regulação ficou indefinido. Inicialmente, o governo Lula pautou o debate sobre as agências reguladoras, mas logo a seguir o tema saiu da agenda.

Hoje, a ANS é fundamentalmente financiada com recursos públicos, que inclusive financiam planos de saúde privados para seus funcionários, e se tornou uma grande estrutura burocrática que não tem uma identidade completamente definida com os princípios do SUS. Em dezembro de 2005, a ANS contava com 1067 funcionários, dentre os quais 81 consultores e 162 funcionários temporários de nível superior. Esse número expressivo de funcionários é o dobro do existente em dezembro de 2003 e daquele definido pela legislação.

Para concluir, e agora sob um registro normativo, eu não poderia deixar de manifestar uma profunda preocupação com os destinos do SUS. Não estou nem um pouco convencida sobre o desenvolvimento natural, biológico do SUS. Pelo contrário, há indícios de uma estabilização da situação atual. O problema é que não se tem nenhuma evidência sobre a construção de sistemas universais para pobres que incorporem progressivamente os ricos. Os sistemas universais incluem os ricos entre seus demandantes. A reforma do sistema espanhol demorou entre 5 e 7 anos. O entendimento das empresas, dos sindicatos e de setores governamentais é o de que todos os que puderem devem ter planos de saúde. Empresas como a Petrobras exigem que as empresas que lhe prestam serviços contratem planos de saúde para seus trabalhadores:

*“[...] São exigidas contratualmente aos fornecedores garantias na esfera da Segurança, Meio Ambiente e Saúde (SMS). Desde dezembro de 2004, por decisão da Diretoria Executiva, as empresas contratadas devem oferecer a seus empregados a cobertura de plano de saúde, extensiva ao cônjuge ou companheiro(a) e aos filhos(as) até 21 anos de idade. A Petrobras estima que esta medida beneficiou cerca de 50 mil trabalhadores contratados, que não tinham plano de saúde.” (Balanço Social Petrobrás, 2005, p. 48.)*

Com essa segmentação, a melhoria dos indicadores de saúde desacelera. A iniquidade no acesso aos serviços de saúde impede a redução mais rápida de causas evitáveis de morte e prevenção, controle e cura de problemas de saúde e a aproximação dos indicadores de saúde dos de desenvolvimento econômico. Por fim, me parece que dizer que a saúde, como indústria de bens e serviços, pode contribuir para o desenvolvimento econômico é oportuno e contra-arresta os argumentos de que a saúde é um saco sem fundos etc. Mas se não houver um esforço de compreensão sobre o fato de que o Brasil já gasta cerca de 8% do seu

PIB com saúde, sendo que 50% desses gastos são privados e por isso não impactam os indicadores de saúde, e uma determinação de romper alguns dos acordos estabelecidos nós não sairemos do impasse. As entidades patronais assim como as entidades sindicais têm que ser envolvidas com o debate sobre saúde, sobre financiamento da saúde e não proprietárias de estabelecimentos de saúde. A FIRJAN organizou um plano de saúde e está prestes a “comprar” a Santa Casa do Rio de Janeiro. Essas pseudo-soluções aprofundam a segmentação do sistema de saúde.

J. C. NORONHA. Agradeço à professora Ligia Bahia e passo a palavra ao dr. Gastão Wagner, para falar sobre os “Desafios da reforma sanitária: a crise dos sistemas públicos”.

GASTÃO WAGNER. Boa tarde. Quero agradecer ao Centro Celso Furtado, por reconhecer que é muito importante essa discussão sobre saúde.

A minha apresentação tem muito a ver com a do Noronha e com o que foi apresentado pela Ligia. Começo com uma boa nova: faz mais ou menos uns cem anos que a humanidade descobriu uma maneira razoavelmente eficiente de lidar com esse paradoxo que o Noronha mencionou sobre a produção de saúde na sociedade contemporânea com uma certa possibilidade de recursos. Essa boa nova se chama sistemas públicos, sistemas nacionais de saúde. Tem origem na Europa e penetrou mundo afora. Nós temos muitos dados, evidências indicando que é uma maneira eficiente, racional — apesar da profusão de problemas — de lidar com esse paradoxo. É sobre essa novidade que vou refletir.

O SUS brasileiro foi criado à imagem e semelhança dessa tradição. Pareceu-nos que era tudo novo — a gente gosta de dizer que inventou, não é?! Mas 80% dos conceitos, das idéias-força do SUS fazem parte dessa tradição de cem anos dos países que adotaram políticas públicas de saúde através de sistemas de redes nacionais de saúde, no socialismo real e, principalmente, nos países capitalistas: quase toda a Europa; na América Latina, poucos países; o Canadá adota alguma coisa; os Estados Unidos, de jeito nenhum; a Austrália e a Nova Zelândia já têm...

A segunda tese que eu queria desenvolver com vocês é a de que, ao adotarmos esse modelo, essa imagem do SUS, o fizemos de forma calhorda. Não fizemos para valer. O SUS não é para valer, é mais ou menos para valer. Em vários sentidos, inclusive na inconsciência sanitária da maior parte dos brasileiros. Ivan Coelho, lá de Belo Horizonte, escreveu um artigo falando da consciência sanitária, e estou chamando de *in*consciência sanitária, e dizendo que quase todo brasileiro, se puder ter um plano de saúde, tem; se não tem, quer ter. Essa inconsciência está



em vários setores, com os gestores, com os hospitais públicos, com as Santas Casas. A saída passa por uma ação política, no sentido grande, generoso, magnânimo da palavra, da relação de política com economia, no sentido de convencer os brasileiros de que essa é uma boa nova.

Primeiro, convencer que a saúde é um direito; temos direito à saúde, vamos lutar pela saúde. Segundo, o caminho é o do sistema público de saúde, é o reforço do que chamamos SUS, corrigindo uma série de distorções. Temos que criar um movimento social muito poderoso para constranger governantes, gestores, diretores de hospital, ministros, presidentes, secretários de todas as cores, sem cores, multicores, tricores, para que adotem políticas de saúde.

Eu estava pensando, aqui nesta casa e no Celso Furtado, nessa relação entre economia e política. A saúde é um grande desafio e só vamos garantir o direito a ela se tivermos uma ação política contra a racionalidade do funcionamento do mercado, se conseguirmos utilizar a política para interferir na economia. É o mesmo com a distribuição de renda: nenhum país fez distribuição de renda sem uma poderosa ação política contra as evidências, contra a racionalidade, conjuntural e estrutural, econômica, particularmente do mercado. Então, qual é a parte do excedente econômico que vamos utilizar na defesa da saúde, na distribuição de renda? Isso tem que ser imposto! O preço da distribuição de renda, da saúde é a eterna militância.

De vez em quando a humanidade fica diante de um dilema desses, como agora é o do clima. Então, temos que brigar contra a racionalidade econômica neoliberal contemporânea, teremos de impor, porque estão ameaçando a nossa vida! Estamos diante de um conflito em que a mão invisível, as mãos invisíveis, ou só a regulação livre do mercado não dão conta de regular o clima, nem a saúde. O gasto com a saúde vai ter que ser imposto. Esses movimentos em defesa do planeta, da vida, da distribuição de renda, precisam ter as suas Loucas da Plaza de Mayo. Temos que articular a intensidade do movimento para a defesa da saúde, com alternativas viáveis no contexto cultural, político, econômico, financeiro brasileiro. Esse é um desafio: defender a vida, ganhar, não aceitar a morte... tratar Gaucher, tratar hepatite, melhorar ou quase zerar os acidentes de trabalho, enfim... Há tecnologia, há possibilidade, podemos e devemos fazer isto.

Um instrumento para construir a saúde, aumentar a esperança e vida não é só o serviço de saúde, é a intervenção no social. Fico incomodado em pensar que favela vai existir para sempre. Também aí há necessidade de pressão: temos que

ser solidários com a escola, precisamos ter dois professores por sala de aula, estender o tempo de aula para seis horas, oito horas. O Noronha já falou que fazem parte da cesta básica de necessidades do ser humano contemporâneo os procedimentos de saúde, de forma singular. Quem tiver hipertensão, se não tiver um atendimento integral, regular, e não só o remédio, vive quinze, vinte anos menos! Faz parte da cesta básica de necessidades a insulina para os diabéticos, por exemplo. Os hipertensos paraguaios vivem dezoito anos menos do que os ingleses; não é por problema genético! Nós, brasileiros, temos dez anos mais que os paraguaios porque temos um avanço de cobertura do SUS, distribuição gratuita de remédios. Ampliou-se o acesso ao atendimento.

Vou falar de alguns dados sobre a importância dos sistemas de saúde, sobre a importância da atenção à saúde. Vietnam e Cuba. Peguem-se esses dois países que têm o mesmo nível de renda e compare-se a esperança média de vida com a mortalidade infantil em outros países do mundo considerado subdesenvolvido. Ambos dão de cem a zero! Vi o estudo da Organização Mundial de Saúde comparando o Vietnam com vários países da África e da América Latina. A principal diferença é o acesso ao sistema de alta qualidade que existe no Vietnam e em Cuba. Em Cuba, com toda a dificuldade econômica, o povo tem acesso a uma saúde de qualidade. Os dados da Rússia são impressionantes: entre 1990 e 2000, a esperança média de vida dos homens caiu 11 anos e a das mulheres 10 anos! Então os canadenses e os ingleses começaram a investigar as razões. Há vários fatores, mas o principal foi que, com a privatização do sistema nacional da antiga União Soviética, 70% da população que antes tinham uma esperança de vida alta ficou privada do acesso a medicamentos, a insulina, a quimioterapia, a uma série de coisas. Morreram dessas epidemias que matam velhinhos e velhinhas e houve a queda de dez anos em esperança de vida.

Fizemos uma pesquisa em Campinas agora, onde o SUS está razoavelmente implantado, sobre epilepsia. Comparando com São José do Rio Preto, que tem um nível de renda e classe social muito semelhante, os pesquisadores em neurologia verificaram o seguinte: há quinze anos, Campinas implantou a atenção ampliada para epilepsia, fornecendo os quatro medicamentos principais, capacitando os enfermeiros, os médicos generalistas, os agentes de saúde, e com campanhas de educação voltadas para a epilepsia. E em 2004, o que resultou? Nos níveis de renda A e B, C, D e E, o acesso ao tratamento da epilepsia é igual. O fator SUS protegeu os de menor renda. Tanto o universitário como o analfabeto têm acesso igual. Em São José do Rio Preto é o contrário: na categoria econômica

D e E só 30% tem acesso ao tratamento — em Campinas são 70%. Nas classes A e B, tanto em São José do Rio Preto como em Campinas 70% têm acesso.

A epidemia de AIDS no Brasil é outro exemplo. A tendência aqui era termos uma epidemia de padrões africanos, mas mudamos o curso da epidemia e a mortalidade. O que reforça a importância do SUS. A alternativa de mercado, padrão americano, tem um custo crescente, e um grau de exclusão bastante grande. Temos pesquisas comparando o modelo só de mercado com o modelo canadense, inglês. Gastam menos mas conseguem resultados melhores. Pegando a população em geral, consegue-se maior sobrevivência de câncer, esperança média de vida etc.

O que eu queria dizer é que a defesa dos serviços de saúde, do sistema nacional de saúde tem uma importância muito grande na distribuição de renda, na elaboração da equidade. A construção e o funcionamento dos sistemas nacionais de saúde são muito complexos. Quando fui estudar medicina e vi a tal da embriogênese, como é que a gente sai de uma célula e vira esse ser complexo... ah, que coisa linda! De vez em quando dá errado, mas como é que dá certo? Eu disse que o que fizemos com o SUS não foi para valer, mas o que impressiona é como ele progrediu tanto, porque é muito complexo, exige um padrão de gestão muito sofisticado, articulação política, realocação de recursos. E nosso padrão selvagem de distribuição de renda passa pelo desrespeito a direitos, pela apropriação privada da coisa pública. O que me admira é que, como na embriogênese, se conseguiu parir um SUS.

Há outro problema com os sistemas nacionais de saúde que nós não podemos ignorar. No final do século XX, o liberalismo enfiou o dedo nas chagas, do que resultou uma crise de legitimidade do socialismo real e também dos sistemas públicos. Há um grau de burocratização grande, há um grau de desumanização grande, há um grau de corporativismo grande. Vários hospitais brasileiros têm aquele padrão muito triste e depressivo do filme *Invasões bárbaras*. É muito complicado nos países capitalistas articular um sistema público. O que é um sistema público? Qual é a idéia-força principal de um sistema público de saúde? Protegemos o atendimento à saúde da lógica do mercado e do complexo médico industrial; mas, na realidade, os médicos continuam com a cabeça no mercado, os enfermeiros, as famílias... Quando o interesse econômico entra no diagnóstico clínico e na elaboração de políticas, gasta-se muito. Faz-se muito o que não precisa e não se faz o que precisa. Por exemplo, sobre esse programa de Farmácia Popular. Vamos supor que a Farmácia Popular dê certo, não no desenho

dinossáurico da Farmácia Popular municipal do servidor público, mas na parceria público-privada, que é o modelo europeu, que subsidia pontos de venda etc. Se não houver um filtro, a repercussão para a saúde será muito pequena! Quais são os critérios de acesso, quem vai receitar? Haverá paralelamente o programa de saúde da família?

Então, qual é o desafio do SUS? Reconhecer que somos herdeiros dessa tradição dos sistemas públicos, que têm força mas precisam ser repensados. Temos que reconstruir, do ponto de vista da gestão, da desburocratização, da eficácia, do controle, da humanização. E também há outro problema, que os sistemas de saúde resolveram em parte, mas não totalmente: há muito pouca prevenção. Temos que reconstruir o paradigma do que é saúde e doença e reorganizar a forma de atendimento.

Quais são as outras idéias-força? A primeira, como já disse, é o direito à saúde, é retirá-la do mercado, é a universalidade. Mas há também outros problemas, mais operacionais. Por exemplo, o “sistema”. Sistema é rede. Os ingleses perceberam isso: em vez de termos muitos hospitais isolados, vamos ligar um ao outro, vamos criar um sistema em rede. No Brasil, apesar do nome SUS, os hospitais, os serviços de saúde não estão em rede, nem os públicos, nem as Santas Casas, nem os ambulatorios, nem a atenção à família, nem o centro de saúde. Nunca enfrentamos o conceito de rede. Os hospitais dizem abertamente que não querem entrar em rede. Nem os universitários! Porque a rede cria dependência um do outro, diminui a autonomia. Por outro lado, certa autonomia é necessário. E temos de saber lidar com o paradoxo da autonomia e da dependência. No sistema, o instrumento de gestão não pode ser só a regulação, tem que ser coordenação, gestão regional, co-gestão, combinando autonomia com gestão. Apesar de termos o discurso do sistema, na prática o SUS funciona muito mais parecido com os Estados Unidos do que com o Canadá ou a Europa.

Outra consequência do sistema é um conceito que se chama “responsabilidade sanitária”, que existe na Inglaterra, no Canadá, em Cuba: quem faz o quê, qual é o papel de cada um? A Santa Casa não vai fazer o que quer, o Hospital Universitário não vai fazer o que quer. Temos de estabelecer o papel de cada um, conforme os recursos, conforme os problemas de saúde. Do contrário, não é rede, não é sistema! Fazer isso exige uma sofisticação gerencial que 98% das prefeituras e nós, profissionais de saúde, não temos ainda. Estou sendo pessimista, mas não é simples. Esses países adotam, para a

responsabilidade sanitária, a definição de diretrizes clínicas, protocolos, regras de passagem e de acolhimento. Não há paciente solto como há no Brasil. Aqui, o hospital atende, entrega um papelzinho e solta o paciente no mundo. No sistema não tem isso, tem passagem! Passagem é um rito! Só passa quando o outro já está acolhido, e às vezes ficam dois serviços atendendo o mesmo caso.

Outro problema é a regionalização, a territorialização. No Brasil, acrescentamos a descentralização como diretriz. Com a municipalização, a descentralização e a debilidade das secretarias estaduais, fragmentou-se ainda mais o sistema. Estamos caminhando para uma departamentalização municipal. Não dá para cada município fazer todas as fases do atendimento. Todos devem ter alguns serviços básicos de urgência, saúde pública, vigilância, mas não vão ter todo o sistema. Um município é independente do outro, e com o grau de autonomia criou-se um pseudo sistema, sem rede, e só o pacto de gestão não é suficiente. Pacto de gestão é para negociar política, fazer grandes acordos. Tem que haver gestão regular cotidiana macro-regional, gestor com idéia de continuidade.

Nesse esquema de territorialização e regionalização, nós, sanitaristas e gerentes, acabamos priorizando a lógica racional e esquecemos a lógica das pessoas. Temos que ir ao médico da região e acabou. No Canadá não é assim, na Inglaterra não é assim. Você tem uma macro-região com cem médicos e enfermeiros que pode escolher. Aqui não, tem de ir no local, e então tiramos do povo o direito de escolher.

Outra idéia-força do sistema de saúde é a integração preventivo-clínica. O sistema de saúde pública não pode fazer só promoção e prevenção, precisamos de ação clínica, inclusive na atenção primária à saúde. Há cem anos, os ingleses e os suecos, e a União Soviética logo em seguida, inventaram a hierarquização, a atenção primária à saúde. Em vez de ter só hospital e pronto-socorro, pensaram na atenção primária: vamos ter uma equipe clínica e preventiva. A saúde da família parte da idéia de que a prioridade seria o preventivo. O papel da atenção primária, do médico de família, no Canadá, em Cuba, é ser o principal filtro. Além de fazer a prevenção, o filtro muda o padrão de internação. Há vários estudos recentes na Espanha sobre o papel de filtro do médico generalista de ponta, que além disso é o principal instrumento de construção de equidade na saúde.

Como se constrói a equidade? No Rio de Janeiro, por exemplo, devia ser implantar centros de saúde no lugar de mais baixo índice de desenvolvimento humano. Ainda sobre o médico de família: ele deve ter poder de árbitro sobre acesso a hospital, a exames. Mas no Brasil não tem. Quando eu era secretário de

saúde em Campinas, o Ministério da Saúde estava sob gestão do ministro Serra, uma vez eu lhe disse: “Ministro, não dá, o apoio do Ministério ao programa de saúde da família é pequeno, nós vamos pagar tudo!” Nas cidades em que estávamos implantando esse sistema, estávamos indo para 20% a 25% do orçamento municipal com o sistema de saúde. Depois, José Serra veio para São Paulo como prefeito e pensei: “Vai ser o rei da saúde da família”. Foi? Não foi, é inviável. Mas temos que começar por aí: todos os países, inclusive os ricos, começaram implantando esse sistema: o profissional essencial é o médico de família. A gente tem a equipe de saúde da família mais chique do mundo! Tem médico, dentista, enfermeiro, universitário, técnico em enfermagem. Em Niterói tem uma experiência boa: uma equipe mais simples, centrada no médico e no técnico em enfermagem. Depois pode ir crescendo. Nós devíamos ter várias alternativas, conforme os recursos, os problemas, as necessidades, mas deveríamos garantir o médico generalista e o técnico em enfermagem.

Sobre essa falácia da promoção à saúde, vejamos alguns dados do Canadá. Com a promoção à saúde, a prevenção à hipertensão, a saúde da família, diminuiu o infarto? Não, não diminuiu. Acidente vascular cerebral, derrame? Não. Mudou a idade de incidência! No Brasil, a incidência maior é entre 40 e 50 anos; lá, entre 70 e 80. Só que lá, o paciente de 70 anos está sendo tratado de hipertensão há vinte anos, tem orientação de alimentação, apoio psicológico, etc. Mas vai precisar de uma ponte, de um cateterismo, algum dia. Temos que reinventar o hospital e o ambulatório; o pessoal da AIDS fez isto com os centros de referência. Do contrário, não há viabilidade econômica. Cada vez mais as cirurgias são ambulatoriais, são menos invasivas — isso é a lógica do filtro. Outro filtro importante, nos sistemas nacionais de saúde no Canadá e na Inglaterra, são os comitês de ciência e tecnologia: o que será padrão no SUS? Qual tratamento vamos pagar e qual não vamos? Há, então, um comitê com especialistas, representantes da sociedade, que tenta incorporar as tecnologias não só com base na lógica de mercado, ou corporativa, das especialidades. É outra forma de lidar com essa coisa complexa do mercado.

Outro tema — e acho que no Brasil já se avançou nisso — é como desburocratizar. Como diminuir o viés político-partidário no SUS? Um dos problemas do SUS, gravíssimo, e que a municipalização não resolveu, é o clientelismo, o fisiologismo. Não sou contra a descentralização, mas como é que fazemos? Temos de diminuir o peso dos cargos de confiança. Diretores de hospitais, de programas da AIDS não deveriam ser cargo de confiança nem

político, são cargos de concurso interno, com mandato, não é um cargo *do* secretário, *do* ministro. A forma como o SUS começou, com a idéia de controle social, gestão participativa com a conferência, o conselho, tem que ser radicalizada. Temos que aumentar a influência da sociedade civil na gestão, criar formas de co-gestão, inclusive contratos de gestão, com base em resultados, avaliar a idéia do contrato de gestão que existe em Portugal, na França, não como privatização, mas dentro do sistema público: o secretário com o hospital; o hospital com as equipes de saúde da família; o hospital com os departamentos de cirurgia. Toda uma reformulação pelo lado da democratização organizacional, aumentar o poder do usuário, o direito de acompanhante no ambulatório — ter alguém junto com o doente, negociando com os profissionais. O sistema nacional de saúde tende a se isolar muito; hoje em dia, está claro que não pode se guiar pela setorialidade, não dá para investir só no sistema de saúde.

Em resumo, a idéia é a seguinte: assumir o SUS para valer é recuperar essa tradição, implantar o que não estamos implantando. Nossa postura de meio-termo é porque estamos conciliando com interesses econômicos, interesses corporativos, interesses político-partidários. Por que os hospitais não estão integrados em rede? Por que não temos competência gerencial? Por que a saúde da família ficou muito mais como um discurso, por que parou no meio do caminho? Por que não há uma política de pessoal adequada? Os sistemas nacionais de saúde no mundo inteiro trabalham com servidores públicos; isso é outra discussão importante a ter.

Devemos tentar. Fiquei muito mal impressionado com o fato de o sistema de saúde não ter participado de forma forte, como a educação, dessa campanha presidencial. Estou muito impressionado com o fato de que a lógica de composição de governabilidade veio para o lado da saúde. Nós temos que resgatar isso, ganhar essas pessoas. A construção desse movimento de defesa da saúde passa por uma aliança com os serviços de saúde, com os trabalhadores de saúde. A AIDS construiu isso, criou um movimento forte entre os usuários e os trabalhadores; a saúde mental construiu isso; parte da saúde da família construiu isso. Então, acho que é possível, mas temos que rever a descentralização, a organização hospitalar, organizar em rede, em sistema, redefinir o papel das Secretarias estaduais — não dá para ter sistema só municipal —, redefinir o papel do Ministério da Saúde. O Brasil tem recursos para fazer isso. Se recuperarmos parte dessa renúncia fiscal, fazer respeitar a Emenda 29, é viável, sem quebrar, sem gastança. Saúde, como educação também, lazer, cultura, é



espaço de reconstrução de uma subjetividade menos agressiva, que é muito importante para a sociabilidade. Obrigado.

J. C. NORONHA. A palavra está franqueada. Carlos Otávio com a palavra.

CARLOS OTÁVIO. Para José Noronha e Ligia Bahia, tenho uma pergunta específica sobre a questão do *mix* público-privado. Para a Ligia, em relação à questão do financiamento, se ela tem alguma proposta concreta no que se refere à questão da renúncia fiscal destinada aos planos privados e à renúncia fiscal destinada aos filantrópicos contratados, conveniados ao SUS. Para Noronha, sobre o Artigo 199 da Constituição Brasileira, que diz que a saúde é livre para a iniciativa privada, a despeito de a saúde ser um direito social. Que fazer para que isso ganhe estatuto constitucional, no que se refere à reforma sanitária? Ao Gastão, é uma pergunta, uma reflexão, e uma angústia. Quando penso na perspectiva da saúde, para as políticas sociais ganharem um contorno e promoverem o desenvolvimento econômico, certamente não vai ser com esse nível de gasto em relação ao PIB, nem com essa relação de nível gasto público em relação ao privado. É necessária uma transformação mais substantiva, seja do padrão de financiamento público das políticas, seja do complexo médico-industrial; seja da política de substituição de importação quanto a insumos e medicamentos. Só que sem projeto de desenvolvimento econômico que fundamente essa perspectiva, não há nenhuma possibilidade de garantirmos uma saúde de qualidade para todos os brasileiros.

SANTINI. Sou Luiz Antônio Santini, Diretor do Instituto Nacional do Câncer. Tenho uma questão de natureza mais política nesse processo, que é a da Petrobras exigindo de seus prestadores que tenham garantido ao seu funcionalismo um plano de saúde. A Ligia questionava se isso é uma notícia boa ou não. No plano macro da discussão do direito à saúde, seguramente isso é questionável. No do dia a dia, dadas as imperfeições de todo esse processo que vivemos, na verdade resta um espaço concreto de necessidades que precisam ser atendidas. Se não levamos isso em conta, não conseguiremos construir as alianças necessárias para mudar o sistema de saúde. Se essa discussão tomar uma feição meramente jurídica e ideológica, se não levar em conta a questão concreta das necessidades atuais, se não se perceber que isso só se resolverá, também no Congresso, a partir de certos pactos e alianças, vamos ficar prisioneiros desse dilema e, seguramente, pelo menos a curto e médio prazo, vamos perder a proposta. Este é mais um desafio a acrescentar ao conjunto de desafios que foram colocados.



PAULO PINHEIRO. Sou deputado estadual, médico. Falou-se aqui da estatal que pede seguro de saúde para seus funcionários; mais grave que isso: quase todas as associações de funcionários públicos do Rio de Janeiro mantêm compras de seguros privados. As associações de funcionários de hospitais compram seguros privados para os seus funcionários, para não utilizarem os próprios hospitais onde trabalham. Esse é o quadro que mostra uma ausência de coerência. Eles o fazem porque são incoerentes? Não! Eles o fazem porque não acreditam na eficácia do local onde trabalham. Nós tivemos uma campanha eleitoral agora que me preocupa, pela pouca discussão sobre a saúde. Minha pergunta é a seguinte: qual é a sua proposta para reavaliar essa discussão na sociedade? Vamos ter um controle social que quer controlar o SUS mas quer um plano de saúde para ser atendido. Temos conselheiros de saúde que buscam os seus crachás de conselheiros para poder entrar no hospital e ter algum tipo de privilégio no hospital público. Como é que vamos trabalhar contra essa quase esquizofrenia coletiva?

RODRIGO. Acabei de me formar, coleei grau hoje, então... Tem uma questão de fundo, uma contradição para o SUS frente à reforma sanitária, que é a hegemonia. Nós, os sanitaristas da área da saúde, temos uma dificuldade muito grande de dialogar com as outras áreas. A nossa linguagem não chega no prefeito, não chega ao secretário de educação. É contraditório com a história do movimento da reforma sanitária, porque a principal estratégia desse movimento foi a disputa de hegemonia na área da saúde. Só que a gente perdeu esse debate sobre concepção de saúde para a sociedade como um todo. A saúde ainda é medicalizada. O Gastão fala de o movimento da reforma sanitária ter um corpo para fazer isso: “uma inteligência em busca de um corpo”, diz um texto seu. Outra coisa: não conseguimos ganhar o movimento sindical, nem o das corporações ligadas à área da saúde. Hoje, um dos grandes opositores do SUS são os conselhos profissionais, como o Conselho Federal de Medicina. O embate é pesado em qualquer coisa que mexa com o poder deles! Porque vai de que mexer na interferência e na autonomia do médico. A questão é justamente esta: a hegemonia.

JORGE. Meu nome é Jorge Colonelli, sou economista. Não conheço os currículos de medicina, mas vejo que muitos dos problemas que foram apontados aqui têm a ver com a própria formação do médico. Quando se fala do médico de família... Há uma imposição de médicos especialistas, que vêm de várias fontes, e o médico de família fica para trás. Outra coisa é a formação de gestores. Não sei se os currículos têm uma abrangência preponderante em

gestão de saúde; não sei se seis anos são suficientes... há países em que são sete, oito anos. Muitos problemas no sistema brasileiro de saúde têm a ver com a própria lógica da medicina no Brasil. Quero saber se existe algum trabalho entre o Ministério da Saúde e o da Educação para modernizar os currículos.

MOISÉS. Sou estudante de Medicina. Dois comentários: sobre essa questão da disputa da hegemonia, é fundamental combater a propaganda “O melhor plano de saúde é viver, o segundo é Unimed”. Nesse ponto, a gestão do governo Lula, com o ministro Humberto Costa, foi inábil, não soube trabalhar a mídia. A saúde tem que trabalhar uma forma dinâmica de ser entendida pela população e mostrar que, de fato, existe um projeto. Foi uma falha do Ministério da Saúde durante o governo Lula não ter conseguido disputar essa hegemonia do conceito de saúde. Outro comentário é sobre a rifagem da saúde. E também a questão das emendas parlamentares. A gente está trabalhando com um espaço de construção política altamente fisiológico, conservador. Qual é a garantia de que o dinheiro está sendo mesmo encaminhado para o SUS? Normalmente, não passa pelo crivo do Conselho Nacional de Saúde, não passa por nenhuma avaliação.

Quem — estou pensando na esquerda — está buscando essa socialização dos meios de saúde tem que pensar também para conseguir avançar nesses desafios. Temos que fortalecer os conselhos municipais e nacionais de saúde.

G. WAGNER CAMPOS. Sobre a formação, gostaria de dizer que o SUS conseguiu contaminar as academias, não só de medicina, mas de enfermagem, psicologia, que mais recentemente têm passado por reformas estruturais eficientes. Inclusive, o SUS agora é um campo de estágio, o que é muito importante. Os médicos, os enfermeiros não ficam encastelados só na área privada, nos hospitais especializados, estão indo para a rede, para a atenção à família, para o hospital municipal. Tem uma reforma mais ou menos radical no sentido de formar profissionais do SUS. Tenho a impressão de que a corporação médica planeja o número de faculdades, o número de formados em função dos 25% que têm convênio de saúde. Falam “o Brasil está cheio de médicos”, mas não tem anestesista para o SUS, não tem terapia intensiva, falta psiquiatra em boa parte do Brasil. Então, acho que temos que pressionar um pouco as corporações. Há um movimento importante nas faculdades públicas e privadas de aproximação com o SUS, de estímulo financeiro para fazer isto, por parte do Ministério, mas ainda no meio do caminho.

L. BAHIA. Sobre os planos de saúde, estamos perdendo de dez a zero. A Fiocruz tem plano de saúde. Vejam bem, a instituição que formulou a reforma sanitária, que vive treinando, capacitando, disputando hegemonia. Atualmente temos 42 milhões de pessoas cobertas por plano de saúde. Dizem que se acabasse

isso, o mundo viraria um caos. Eu não acredito, porque na realidade a rede de prestação de serviços é a mesma! Não é um sistema separado do outro sistema. A Unimed de São Paulo faliu e não aconteceu *nada*, literalmente nada! O que a gente precisa — isso Rodrigo, é a disputa pela hegemonia, não é? — é ter conceitos claros do que estamos falando. No meu modo de entender, a idéia de que existem no Brasil empresas sólidas de planos de saúde é um mito. Muitas dessas empresas estão falidas, devem. Só a dívida das Santas Casas é objeto de negociação. O governo, ao invés de fazer um PROER para as Santas Casas, poderia muito bem, não estatizá-las, mas exigir que entrem em rede, prestem atendimento universal, mudem o perfil assistencial, se integrem de fato.

Sobre a Petrobras, o que ela fez, como política de recursos humanos, é muito grave. Por isso que eu dei esse exemplo e não outro. A nossa proposta é que não se pague plano de saúde com recursos do Tesouro para servidores públicos. Temos que ser um pouquinho radicais em algum lugar, porque não é possível uma coisa dessas! É um deboche, pagar plano, por exemplo, até para os funcionários da Agência Nacional de Saúde, a própria agência reguladora, que tem um orçamento fundamentalmente público. Pois bem, parte desse orçamento *público* paga plano de saúde privado.

E, por fim, a disputa pela hegemonia. A reforma sanitária, a implementação do SUS deveram, e muito, a alianças com parlamentares. A boa notícia é que alguns, defensores do setor privado, não foram eleitos, particularmente em São Paulo. Mas aqui no Rio a má notícia é que parlamentares defensores do setor público também não foram eleitos. Se não tivermos alianças, inclusive com setores conservadores, mas que defendem a coisa pública, o sistema público, a rede pública, não conseguiremos avançar. Foi assim que conseguimos que o SUS fosse aprovado na Constituição de 1988.

VALCLER. Estou dirigindo o Hospital de Bonsucesso, e estou no Ministério da Saúde dirigindo o Departamento de Gestão Hospitalar. Temos reclamado muito que, quando o SUS não avança, são sempre os outros que são culpados, pois não dão dinheiro. Até temos um certo sentido de “coitadinhos” de nós. Essa discussão tem um grau de ingenuidade. A gente lida com uma série de questões muito complexas, como uma que foi citada aqui, a das corporações. A Lígia falou sobre a questão da Petrobras... Quando eu era estudante, o movimento sindical defendia o SUS, mas no dissídio coletivo, no acordo coletivo, tinha lá uma cláusula de plano de saúde; sempre foi assim. Esse povo do sindicato está na Petrobras, no governo, na Presidência da República — meu candidato eleito.

PAULO VALERIANO. Sou enfermeiro sanitarista, do Departamento de Gestão Hospitalar. Não consigo fazer uma discussão da saúde compartimentalizada e desconectada da realidade nacional. Somos um país de iniquidade, de exclusão, de profunda concentração de renda. Não conseguimos avançar na reforma sanitária porque o que na verdade enfrentamos é a doença. Nossa utopia ficou lá atrás. Ficamos reféns dessas contradições de disputa hegemônica, do federalismo às avessas, pois o conceito da municipalização neste país virou “prefeiturização”. Saiu-se do modelo anterior, que centralizava na União, para o modelo atual, que se centraliza nas prefeituras. A pergunta é: como vamos restabelecer pacto federativo, e traz de volta o papel efetivo das Secretarias Estaduais de Saúde? Qual o modelo que a gente quer construir para que a saúde e a educação sejam universais? E a terceira pergunta: quais serão as ações políticas para desconcentrar a renda? O Bolsa Família foi muito eficiente. Tiramos 20 milhões de pessoas da miséria. Mas num país de 180 milhões, ainda há muito que se fazer. Essas políticas compensatórias de renda mínima são eficientes, mas são pouco eficazes para mudar a associação miséria-doença.

LUIZINHO. Eu sou Luiz Antônio, vice-prefeito de Pirai e vice do SEB, junto com a Ligia.

Sobre os planos de saúde, se as pessoas o defendem é na lógica de que querem o melhor para si e para sua família. Não *defendem* o plano de saúde, fazem uma opção por um plano para tapar o buraco de um SUS que não funciona. Outra questão que me aflige é que temos muitas instituições de pesquisa em nossas universidades, mas a impressão é que a produção efetiva para o sistema de saúde nacional é pequena, ou, se existe, o sistema não se apropria dessa produção.

LUIZ OTÁVIO. Sou economista aqui do BNDES. Fiz um trabalho sobre equipamentos eletrônicos aplicados à saúde, e agora estou estudando o programa de filantrópicas que o Banco tem. Queria fazer três comentários. Escuto muito que os Estados Unidos gastam uma fortuna com a saúde, 1 trilhão de dólares. Gastar nem sempre é ruim. As empresas americanas agradecem, os médicos americanos agradecem. A GE faz escala e vende aparelhos de ressonância magnética para o mundo inteiro, a Siemens também, e todas essas empresas vivem dos gastos governamentais. Na Inglaterra, que gasta a metade do que gastam os Estados Unidos, provavelmente a indústria de medicamentos não está tão bem, está vendendo menos. Sobre as filantrópicas e o programa do BNDES que as apóia: as filantrópicas tinham deficiência de gestão, estavam endividadadas, com problemas de pagamento aos fornecedores, etc. e tal. Pelo diagnóstico, não dava

para resolver o problema de todo mundo, mas de algumas dava. O programa foi desenhado para atingir a estas, e tem dado bom resultado.

G. WAGNER. Nas Santas Casas, o apoio à gestão é importante, mas acho que ao apoiar devemos cobrar a co-gestão: elas têm que entrar na rede. Um grande problema das Santas Casas é que os médicos se apoderaram delas e estão matando a galinha dos ovos de ouro, estão desinvestindo, estão se apropriando do pouco excedente que têm. A grande dificuldade de gestão não é nem técnica, é política, porque os médicos tomaram o poder, apesar de ser propriedade comunitária. E o SUS depende das Santas Casas: 40% dos nosso leitos são das Santas Casas.

L. BAHIA. Temos que colar a agenda da saúde na agenda do desenvolvimento econômico. E aí, Valcler, essa relação com prestadores de vários serviços e esse mercado de planos de saúde são um atraso de vida. Esse é um ponto fraco em que podemos avançar, porque eles são antipáticos para a população. Em relação à Emenda Constitucional 29, alcançamos um patamar insuficiente de recursos para a saúde, não é isso que queremos, o que queremos é a seguridade social. É impossível imaginar a saúde desvinculada de um sistema de proteção social no Brasil.

J. NORONHA. Agradeço a todos, está encerrado o seminário.