



# Futuros do Brasil *Ideias para ação*

## O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições

**Ligia Bahia**

Professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas de Saúde e Planejamento, principalmente nos temas: sistemas de proteção social e saúde, relações entre público e privado no sistema de saúde brasileiro, financiamento público e privado, mercado e regulação de planos e seguros de saúde.



## 1. Definição do problema

Entre os problemas para refletir, identificar contradições bem como discernir e formular estratégias políticas sobre a privatização do sistema de saúde no Brasil situam-se as próprias acepções sobre SUS e acerca do que é público e privado. As relações entre público e privado costumam ser apreendidas por medidas (quantidade de unidades, atividades e recursos humanos, financeiros) e nem sempre pelos interesses e negociações entre agentes e suas decisões políticas. Em meio a tantos números favoráveis ou desfavoráveis ao público, ou ao privado, fica difícil separar os traços estruturais de um sistema de saúde desigual e segmentado das conjunturas políticas que os reproduzem e até ampliam. Quase trinta anos depois da Constituição de 1988, houve avanços, impasses e retrocessos e também adaptações na compreensão do SUS e do setor privado.

De um tempo para cá, temos recorrido a figuras de linguagem, nas quais o SUS, como sujeito de orações localiza-se em espaços conflitantes: “o SUS na encruzilhada”; “o SUS na mira”. As expressões ora alertam para a perda de rumos ou risco iminente de derrota, ora, conotam a necessidade de proteger o SUS de desvios de caminho e ataques de inimigos. São alusões úteis à aproximação da realidade. Certamente, as políticas sociais (e a saúde não é exceção) estão sendo submetidas a restrições que descaracterizam completamente a acepção original de Seguridade Social da Constituição de 1988.

No entanto, faltaria sustentação às metáforas sobre o SUS, caso o tempo seja considerado. Governos anteriores também *atacaram* o SUS. A rigor, a acepção de um SUS como coisa concreta, quase sempre uma rede assistencial pública e vigilância sanitária e epidemiológica, tampouco é aquela aprovada em 1988. Quando se restringe a política de saúde ao que “acontece com o SUS” (reduzido ao Ministério e secretarias de Saúde), parte importante dinâmica dos conflitos e interesses setoriais fica oculta. A acepção de um jogo limitado a movimentos declarados de parcela dos agentes públicos dificulta identificar

e explicar os processos não lineares que marcaram a trajetória do SUS.

Nessa conjuntura, caracterizada pela crise econômica e política e cortes de recursos para a saúde, torna-se especialmente relevante estabelecer um debate sobre as relações entre a recessão, a situação de saúde e o SUS. As tarefas para dimensionar possíveis tendências de piora de indicadores e buscar respostas concretas para reduzir riscos sociais, ambientais e individuais e atendimento a problemas de saúde tais como doenças crônicas, violências, obesidade e arboviroses, são incontornáveis. No entanto, este texto enfoca apenas um dos aspectos do sistema de saúde no Brasil: a segmentação e estratificação assistencial. A intenção – ainda que a relevância dos processos gerais e de longo prazo seja inquestionável –, é jogar luzes sobre elementos conjunturais contemporâneos, e assim evitar a desatenção para as iniciativas em curso e recursos financeiros e simbólicos concentrados em determinados agentes sociais.

Assim, a equação que orienta a reflexão é a de que os movimentos que afetam a propriedade, finanças e responsabilidade do setor público são causa e não tão somente consequência de determinantes gerais, de desigualdades impostas por um *Estado* e sociedade estruturalmente hostis às políticas públicas universais. As práticas efetivas de agentes envolvidos, suas atividades táticas, seus cálculos e especialmente o substrato cognitivo que informa essas ações delimitam objetivamente o âmbito de alternativas políticas. O pressuposto desta breve e necessariamente sintética reflexão é que as estratégias políticas de forças sociais concorrentes com o SUS público e universal foram e têm sido recepcionadas sob o registro do SUS para pobres. A hipótese a ser posteriormente analisada é que sociedade, sempre que perguntada, declarou prioridade para a saúde, apoio ao SUS, ao pagamento de impostos e a alocação de recursos em políticas universais. Mas, as coalizões governamentais, os governos, determinados dirigentes governamentais, diante de restrições fiscais e possivelmente orientados por uma compreensão equivocada sobre saúde acataram e implementaram políticas de saúde de corte focalizado.

A conjectura sobre a cristalização da compreensão do SUS, como SUS para pobres pelas instâncias empresariais e governamentais será, por enquanto, apenas delineada. Obviamente, seus contornos e desdobramentos requerem análises específicas, que escapam ao foco do texto. O ponto de partida adotado aqui é que a perspectiva de um sistema público de saúde abrangente e de qualidade ficou de pé. Porém o projeto de SUS efetivamente universal nunca foi e não é consensual, inclusive no segmento que declara o apoiar.

### O SUS para pobres

Após a Constituição, o SUS torna-se um termo polissêmico e posteriormente condensa-se como rede pública de serviços. A operação de substituição do sistema pelos serviços e do universal por assistência para os pobres, para quem não pode pagar, amputou o conceito ampliado de saúde. Não é por acaso que se passou a considerar o SUS equivalente ao *sistema suplementar* e a se utilizar como se fossem naturais expressões como SUS-dependentes e que a acepção de SUS como serviço público para pobres tornou-se hegemônica. Para uma parte dos políticos, gestores, técnicos e empresários, as tensões e lutas travadas durante o processo de debates e aprovação do SUS constitucional em torno da democratização da saúde encontraram um equilíbrio duradouro e virtuoso com a segmentação do sistema. Documento da entidade empresarial Instituto Coalizão Saúde, criada em 2015 e liderada pelo presidente da maior empresa de planos privados de saúde no Brasil, afirma:

Sempre na defesa intransigente do Sistema Único de Saúde. E com a convicção de que, como determina a nossa Constituição, a coexistência e a colaboração entre setores público e privado podem e devem proporcionar um melhor atendimento à nossa população – desde a prevenção e atenção básica até o mais sofisticado recurso que a medicina pode oferecer (Coalizão Saúde, 2017).

Portanto, sem definir de que SUS estamos falando, nos depararemos com realidades supostamente inesperadas ou ao menos muito distanciadas daquelas já quase lendárias histórias sobre as disputas quanto ao direito à saúde, que antecederam o texto

constitucional. Não se menciona o direito à saúde e sim o SUS e a coexistência entre o público e o privado para o *atendimento*.

### O SUS constitucional e o SUS dos gestores

O SUS constitucional tinha um orçamento compatível com a missão da universalização do direito à saúde. As duas novas fontes de custeio (Cofins e CSLL) para a seguridade social somadas as anteriores (impostos gerais e contribuição previdenciária) seriam suficientes para a expansão de direitos sociais. Mas, a seguridade social jamais foi implementada. Mal a Constituição foi aprovada, a conversa sobre direitos que não cabem no orçamento se disseminou. Atualmente, predominam ideias errôneas sobre o texto constitucional. As principais interpretações incorretas são: a) o SUS foi promulgado sem o devido financiamento; b) houve um conchavo dos sanitaristas com setores conservadores em torno da permissão para a atuação da iniciativa privada.

Mas a história é mais interessante do que suas versões estilizadas e está bem documentada. As entidades da sociedade civil se organizaram em torno de arenas de negociação específicas nos debates sobre a Constituição. Na saúde, os sanitaristas estabeleceram acordos com parlamentares progressistas. E o setor privado buscou apoio junto ao Centrão (parlamentares que representavam setores sociais mais conservadores, maioria na Constituinte, expressando-se em votações importantes, como a da reforma agrária, na qual foi preservada a distribuição desigual da terra). A aprovação do SUS foi uma inequívoca conquista, mas sua viabilidade era reconhecidamente um enorme desafio.

Havia fragilidades amplamente reconhecidas pelos sanitaristas. A origem da proposta de mudança, técnicos e pesquisadores das universidades, implicava mobilização, convencimento e participação dos trabalhadores e suas entidades. No final dos anos 1980, trabalhadores especializados já estavam vinculados a esquemas assistenciais privados e seria imprescindível que apoiassem a destinação das contribuições

previdenciárias para um fundo comum e também integrassem as fileiras de combate ao modelo privatizante que se pretendia superar. Analogamente, estava estabelecida a urgência de buscar apoio para o projeto da Reforma Sanitária entre os profissionais de saúde.

O desenrolar dos acontecimentos implicou a revisão de tais expectativas. Mudanças no cenário internacional e a inclinação conservadora do governo Sarney impuseram imensas dificuldades à implementação do SUS. É preciso recordar que os três ministros progressistas da Previdência na Nova República, Waldir Pires (que cunhou a expressão “a Previdência é viável”), Raphael de Almeida Magalhães e Renato Archer tiveram mandatos curtos (entre 1985 e 1988) e foram sucedidos por Jader Barbalho. Hesio Cordeiro permaneceu na presidência do Inamps entre 1985 e 1988 e foi substituído por um médico, que havia participado da gestão de Jarbas Passarinho, conterrâneo e ligado à família presidencial.

Em 1989, o documento *Adult Health in Brazil: adjusting to new challenges*, do Banco Mundial, afirmava que seria impossível financiar com recursos públicos a saúde para todos, avançando propostas sobre a configuração público-privada mais adequada para o Brasil: os pobres teriam melhores serviços de saúde se o “setor público imitasse o setor industrial brasileiro moderno contratando serviços das empresas de planos de saúde”. Collor de Mello, cujo mandato teve início em 1990, seguiu os preceitos do tripé: desestatização, desregulamentação e liberalização de preços e salários. Seu discurso de posse explicitou sua concepção sobre a natureza assistencialista das políticas sociais:

O Estado deve ser apto, permanentemente apto a garantir o acesso das pessoas de baixa renda a determinados bens vitais. Deve prover o acesso à moradia, à alimentação, à saúde, à educação e ao transporte coletivo a quantos dele dependam (...) (Collor de Mello, 1990).

Após a Constituição o projeto de implementar o SUS constitucional foi dramaticamente restringido pela redução dos recursos para a saúde (para patamares menores do que as despesas, em 1987). O SUS, especialmente o financiamento para as ações da rede pública de saúde, encontrou apoiadores no

movimento municipalista. Certamente, a ação política do movimento municipalista ampliou as bases políticas do sistema, contudo, o protagonismo de prefeitos e secretários de Saúde acompanhou-se pela ênfase nas dimensões administrativo-institucionais da rede de serviços. O subfinanciamento, o teor eminentemente contencionista e descentralizador da implementação do SUS conduzida por gestores, bem como a retomada das posições relevantes de influência de hospitais privados aliados a empresas de planos de saúde no Congresso Nacional e junto ao Poder Executivo resultaram em esforços notáveis para a ampliação do acesso. Mas tais esforços não se direcionaram à compreensão e à tradução operacional do conceito ampliado de saúde. O Brasil é o único país da América do Sul que possui um sistema universal de saúde. No entanto, não é a nação do continente que gasta mais recursos com saúde pública. Existe uma contradição estrutural: apesar do sistema universal, os gastos com saúde são menores do que os de países vizinhos e as despesas privadas são maiores do que as públicas.

## SUS, ampliação e restrição do acesso

Entre 2003 e 2013, houve significativa ampliação do acesso da população a cuidados de saúde: a proporção de pessoas que se consultaram com médicos aumentou de 54,7%, em 1998, para 71,2%, em 2013. Em 2014, mais de 90% dos que declararam ser hipertensos ou diabéticos e 88% dos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica obtiveram os remédios prescritos. As estratégias para expansão de coberturas, especialmente investimentos na atenção básica foram positivos. O número de equipes de saúde da família aumentou de 4.114, em 1999, para 40.048, em 2016. Atualmente, estão localizadas em 4.995 municípios e são potencialmente responsáveis pela cobertura de 116 milhões de pessoas. Existem evidências sobre a atenção propiciada pelas equipes de saúde da família e redução na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal (amplamente atribuível à redução no número de mortes por doença diarreica e por infecções do aparelho respiratório). E, ainda, diminuição de internações hospitalares potencialmente evitáveis. Além de ações ambulatoriais básicas, o SUS realiza,

entre outras atividades, transplantes, e fornece medicamentos caros para as pessoas vivendo com HIV/Aids e portadores de doenças raras.

A oferta de leitos hospitalares da rede de serviços do SUS é abrangente e diversificada, inclusive para pediatria, obstetrícia e oncologia. No entanto, o acesso e uso de determinados serviços especializados pela rede SUS são racionados, em função da existência de

tetos orçamentários e de uma oferta constituída majoritariamente por prestadores privados, que só atendem clientela dos planos de saúde. A oferta pública (privada contratada) predomina na terapia renal substitutiva (considerando estabelecimentos cadastrados e que podem ser identificados pela especialidade), em 2016. No entanto, os estabelecimentos de radioterapia registrados estão voltados às demandas privadas.

Tabela 1: Estabelecimentos de saúde selecionados segundo procedimento no CNES, Brasil 2017

	Privada	Pública	Filantrópica	Total	SUS	%
<b>Hemodiálise</b>	102	4	0	106	80	75,47
<b>Radioterapia</b>	81	0	5	86	20	23,26

Fonte: DataSUS, CNES, 2017.  
Elaboração própria

Algumas especialidades, como o atendimento para queimados em hospitais e transplantes, são praticamente exclusividade da rede SUS. Contudo, a oferta de leitos cirúrgicos para

especialidades estratégicas como oftalmologia, gastroenterologia e otorrinolaringologia é eminentemente direcionada ao atendimento de clientela privadas (Tabela 2).

Tabela 2: Número de leitos (SUS e Planos Privados) segundo especialidades selecionadas, Brasil, 2016

	SUS	Planos Privados	Total	% SUS
<b>Pediátricos</b>	41.536	11.238	52.774	78,71
<b>Obstétricos</b>	40.723	13.235	53.958	75,47
<b>Queimado Adulto</b>	159	12	171	92,98
<b>Oncologia</b>	3.387	1.271	4.658	72,71
<b>Neurocirurgia</b>	3.556	1.408	4.964	71,64
<b>Cirurgia geral</b>	38.272	21.533	59.805	63,99
<b>Ginecologia Cirúrgica</b>	4.455	2.693	7.148	62,33
<b>Cardiologia Cirúrgica</b>	3.022	2.229	5.251	57,55
<b>Oftalmologia</b>	1.242	1.311	2.553	48,65
<b>Gastroenterologia</b>	914	1.136	2.050	44,59
<b>Otorrinolaringologia</b>	804	1.344	2.148	37,43
<b>Total</b>	307.805	130.144	437.949	70,28

Fonte: DataSUS, CNES, 2017.  
Elaboração própria



Observa-se, ainda, insuficiência para a demanda pública de equipamentos de ressonância nuclear magnética e tomografia computadorizada (27% em 2005 e em 2016 e 32% e 30%, respectivamente), exposta nos gráficos 1 e 2. Paradoxalmente, 30% de clientes de planos de saúde possuem acesso potencial a 70% de equipamentos para exames de imagem de maior custo. A oferta de leitos de CTI também é desequilibrada, mas as proporções mostram-se um pouco mais favoráveis ao SUS (aproximadamente 40% a 50%) no final do período (gráfico 3).

Essa *especialização* da rede SUS não admite interpretações simplificadas, e o termo *complexidade*

e os adjetivos *alta* e *média* frequentemente não contribuem para o desvelamento dos enclaves corporativistas e empresariais subjacentes às lacunas e distribuição da oferta pública. Houve ampliação do acesso a determinadas ações ambulatoriais e hospitalares, mas não para todas. Simultaneamente, observa-se o predomínio da oferta da rede SUS em especialidades associadas a realização de procedimentos caros, mas também não para todas. Consequentemente, o gargalo do SUS não é, como se diz por aí, a *alta e média complexidade* e sim as políticas de divisão público-privada de procedimentos, ações e valores de remuneração orientada por interesses particulares.

Gráfico 1: Número de equipamentos de ressonância nuclear magnética (Planos privados, SUS e % SUS), Brasil 2005 a 2016

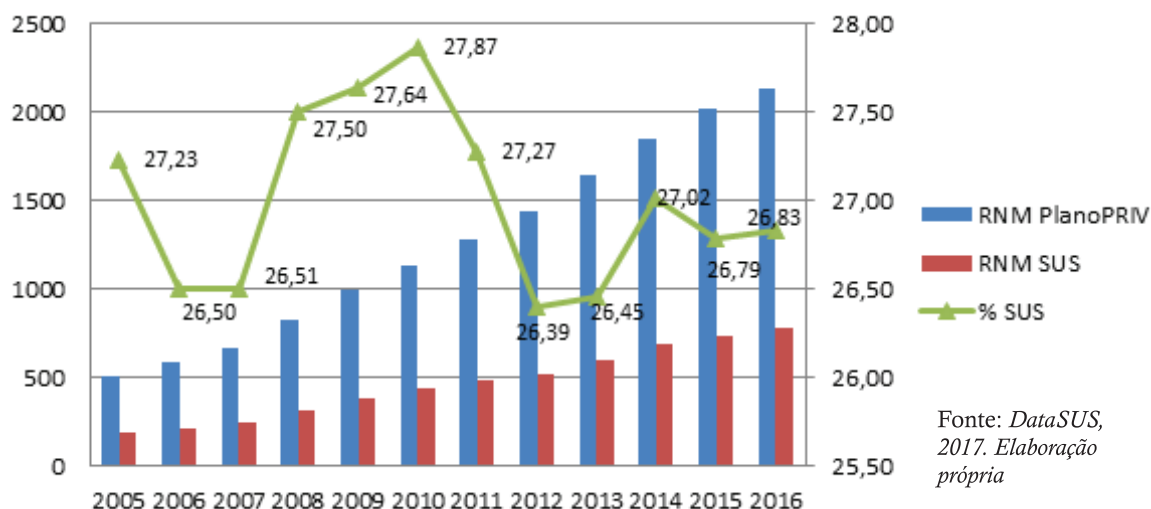


Gráfico 2: Número de equipamentos de tomografia computadorizada (Planos privados, SUS e % SUS), Brasil 2005 a 2016

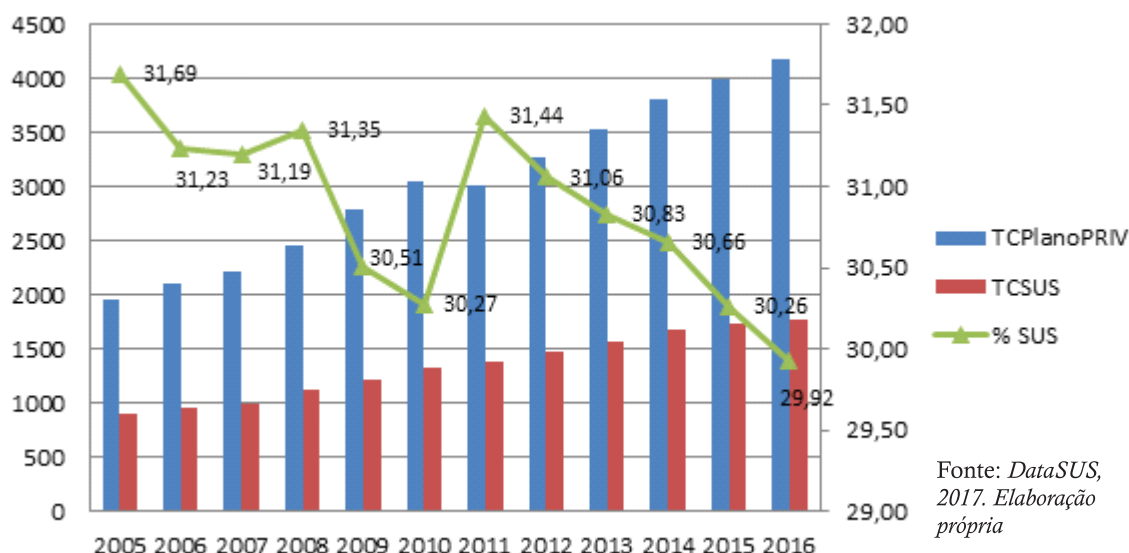
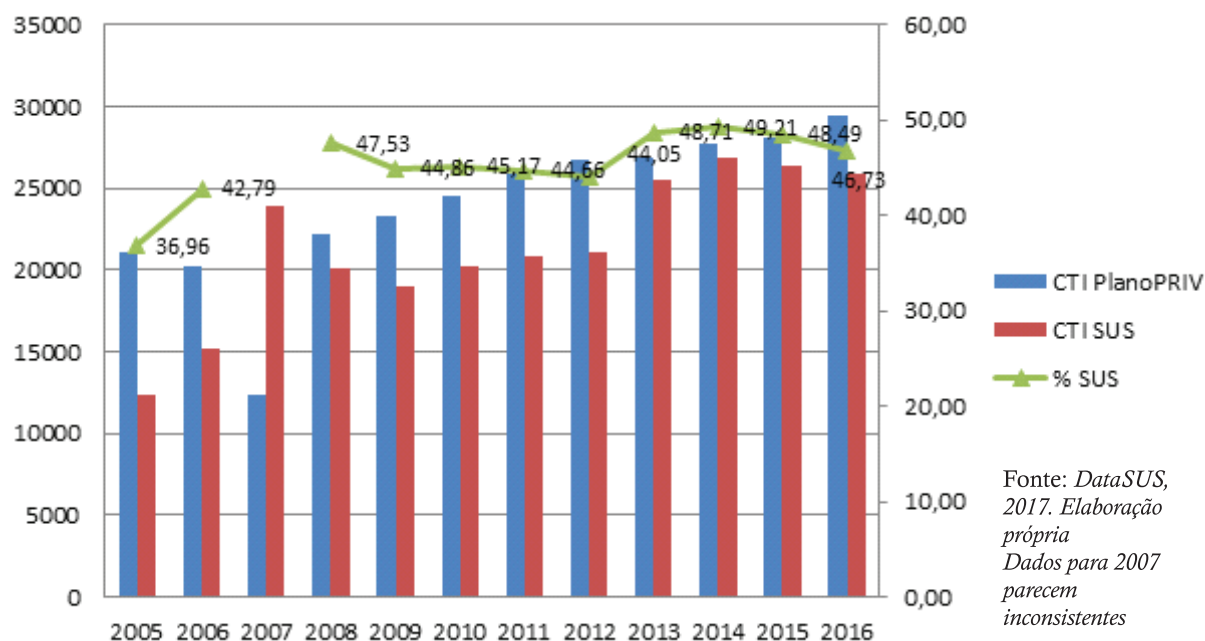


Gráfico 3: Número leitos de CTI (Planos privados, SUS e % SUS), Brasil 2005 a 2016



## O setor privado: expansão das bases financeiras e políticas

Definições e dimensionamentos equivocados sobre o setor privado, especialmente quando mobilizados para afirmar o público contraposto ao mercado também contribuem para a apreensão difusa do termo SUS. Não são poucos os gestores, técnicos e agora até mesmo sanitaristas que se valem da dicotomia *SUS e saúde suplementar* para explicar o sistema de saúde no Brasil. Consequentemente, não são poucas as explicações sobre os problemas da saúde baseadas na existência de dois subsistemas, que por sua vez hiperinflacionaram a difusão de proposições de articulação e integração entre o público e o privado. Essas acepções seriam inócuas não fosse embasarem a falsa suposição de que existe um equilíbrio, que as proporções entre a demanda *pagante* correspondem à oferta disponível e às despesas. Na realidade, a oferta e as despesas para o SUS são menores do que as demandas. Inversamente a oferta e as

despesas do setor privado assumem proporções maiores do que as demandas. Ou seja, o senso comum sobre mercados do tamanho dos bolsos dos indivíduos e seu desdobramento relativo à virtude do privado para *desonerar* o SUS não resiste às evidências.

O Brasil possui o segundo maior mercado de planos privados de saúde do mundo. Porém, o tamanho e peso do *mercado e público* dependem de métricas que se usadas ao gosto do freguês poderão sugerir ora o predomínio do público, ora o do privado, sem que se responda à necessidade de identificar e explicar os fluxos publico-privados e a acumulação de recursos financeiros e políticos. Uma análise mais realista permite observar a existência de umnexo causal entre políticas públicas das coalizões nucleadas pelo PSDB e PT a expansão do setor privado. Foram muitas as iniciativas mobilizadas para alavancar o mercado de planos privados de saúde. O quadro 1 relaciona alguns dos incentivos estratégicos à oferta e demanda.



## Quadro 1: Legislação selecionada\*

Relacionada com o apoio à oferta e demanda de serviços e planos e seguros privados de saúde no período pós-Constituição de 1988

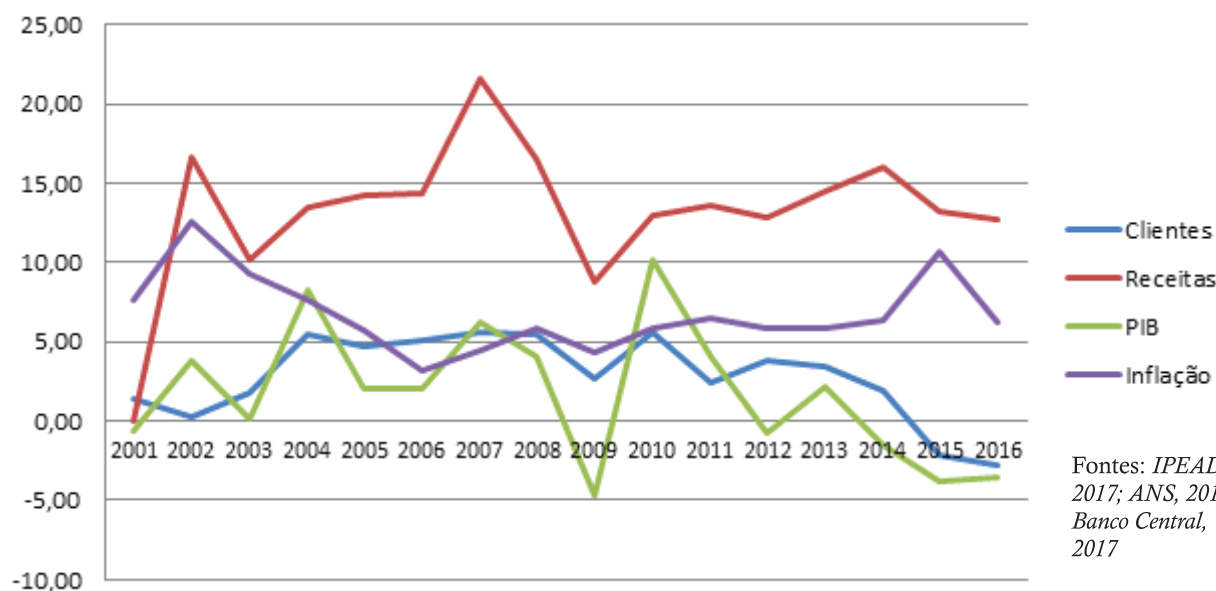
Governo	Incentivos à oferta	Incentivos à demanda
Sarney		- Decreto Lei 7.713 de 1988 (amplia os limites do abatimento do Imposto de Renda com despesas com saúde)
Collor/ Itamar	- Lei n.8620, de 5 de janeiro de 1993 (desconto e parcelamento de débitos de hospitais contratados ou conveniados com o Instituto Nacional) Inamps	
FHC	- BNDES – Apoio a investimentos na rede privada de serviços médico-hospitalares (hospitais e unidades de diagnóstico). - BNDES – Modernização de hospitais filantrópicos e estratégicos para o SUS (com participação da Caixa Econômica Federal). - Decretos nº 3.504, de 2000, nº 4.499, de 2002, nº 4.327, de 2002 e 4.588, de 2002 (alteração da Lei 8.212, de 1991, flexibilização dos parâmetros para a concessão do certificado de filantropia; introduz alternativas: ou 60% das internações para o SUS, ou aplicação de parte da receita bruta em gratuidade ou classificação do hospital como estratégico para o SUS). - Decreto nº 4.481, de 2002 (redução da prestação de serviços dos sistemas de alta complexidade das entidades filantrópicas destinados ao atendimento universal para 20%). - Medida Provisória 2.158-35, de 2001 (deduções da base de cálculo das despesas operacionais e reservas técnicas das contribuições sociais para empresas de planos de saúde).	- Lei 9.527, de 1997 (altera o artigo 230 da Lei 8.122 de 1990 – Regime Jurídico Único –, ao introduzir a possibilidade de a assistência à saúde do servidor ser realizada mediante contrato).  - Decreto nº 3.000, de 1999 (atualiza os artigos 17 e 18 da Lei 4506, de 1964, que tratam da isenção do cálculo do rendimento bruto os serviços médicos, pagos, ressarcidos ou mantidos pelo empregador em benefício de seus empregados).
Lula	-BNDES – Apoio a investimentos na rede privada de serviços médico-hospitalares hospitais, <i>leitos não SUS</i> e unidades de diagnóstico. -BNDES – Modernização de hospitais filantrópicos e estratégicos para o SUS. -Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 480, de 2004 (promulga a separação das contas dos serviços de terceiros – entre os quais os médicos e autoriza a dedução de impostos e contribuições sociais para profissionais de cooperativas e associações médicas). -Decreto nº 5.895, de 2006 (introdução de novos critérios para a concessão do certificado de filantropia: oferta de serviços no percentual mínimo de 60% ou realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS nas seguintes áreas de atuação: estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde). -Lei nº 11.345, de 2006 e Decreto nº 6.187, de 2007 (criação de fonte de recursos – Timemania – parte da arrecadação é enviada para o Fundo Nacional de Saúde e destinada a Santas Casas, entidades hospitalares sem fins econômicos e entidades de reabilitação de portadores de deficiência e parcelamento de débitos tributários). - Lei 10.833, de 2004 (preservação do regime de redução da alíquota de contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) de 7,6% para 3%, para estabelecimentos privados de saúde) - Resoluções ANS 195 e 196 de 2009, permitem a comercialização de planos de saúde por coletivos, por adesão (ampliação das vendas de contratos que <i>escapam</i> das regras de reajuste e rescisão) e admitem a intermediação de administradoras nas relações entre clientes e empresas de planos.	- Lei 9.250, de 2005 (as despesas com saúde passam a ser objeto de dedução integral do Imposto de Renda).  - Lei 11.302, de 2006 (altera o artigo 230 da Lei 8.122, de 1990 – Regime Jurídico Único ao introduzir a possibilidade de assistência ao servidor mediante a forma de auxílio – ressarcimento do valor parcial dos gastos com planos ou seguros privados de assistência à saúde).
Dilma	- BNDES – Apoio a investimentos na rede privada de serviços médico-hospitalares hospitais, <i>leitos não SUS</i> e unidades de diagnóstico. - BNDES – Reestruturação das dívidas bancárias e com fornecedores das Santas Casas e entidades filantrópicas. - BNDES – empréstimos para empresas de planos privados de saúde. - Lei 13.097, de 2015 – novas e amplas exceções à vedação constitucional à participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas atividades de assistência à saúde, inclusive hospitais filantrópicos. - Resolução Normativa ANS nº 396, janeiro de 2016 – desconto nas multas de empresas de planos de saúde.	- Resolução Receita Federal RFB nº 1.500/2014 – Dedução do Imposto de Renda de cirurgias plásticas estéticas.

\* Levantamento incompleto e não sistemático  
Fontes: SICON (Sistema de Informações do Congresso Nacional) <http://www.senado.gov.br/sicon/>; SIJUT (Sistema de Informações Jurídico-Tributárias) <http://sijut.fazenda.gov.br/>; Relatórios do BNDES

Os estímulos governamentais ao setor privado especializado na comercialização de planos e seguros de saúde associados ao aumento da formalização dos empregos e renda contribuíram para a expansão do mercado e aprofundamento da fragmentação e segmentação do sistema de saúde. Observa-se no gráfico 4 que o crescimento das receitas das empresas de planos de saúde

(com valores corrigidos), no período 2001 a 2016 foi significativamente superior ao PIB e à inflação, e manteve-se estável mesmo quando houve queda do número de clientes. O descolamento das receitas da base concreta de clientes tem sido considerado um sinal de inserção de grupos econômicos do setor de planos e seguros no regime de dominação financeira.

Gráfico 4: Variação do número de clientes, receitas de empresas de planos (corrigidas IPC-A 2016), PIB real e inflação – Brasil 2001 a 2016



Assim, as repercussões da magnitude do volume de recursos financeiros mobilizado pelas empresas de planos e seguros não se restringem às dimensões econômicas, a financeirização implica atuação ativa de grupos de interesse na definição das políticas públicas.

## 2. Menos que soluções: sugestões

Parcela significativa de profissionais de saúde e entidades da sociedade civil que apoiaram os governos do PT adotaram discurso defensivo sobre os obstáculos ao SUS. Por vezes, recorre-se a metáforas sobre o Sistema Único de Saúde e a democracia no Brasil, associando-os a infância ou adolescência, remetendo-os, em termos temporais, à Constituição

de 1988, mas também às dificuldades de crescimento, como se não tivessem se tornado *adultos*. Em outras ocasiões, se recorre à luta de Davi (os aguerridos sanitaristas) contra Golias (os capitalistas que atuam no setor). Porém, tanto a versão que se apoia na dimensão temporal, quanto a que embute uma avaliação de correlação ficcional de forças deixam de lado o papel dos governos e do debate político.

Ainda que o potencial explicativo de analogias entre projetos e construções sociais com ciclos biológicos de vida ou em uma estrutura imutável seja baixo, as equivalências são tentadoras e absolvem. Além disso, enaltecem o passado de árduas lutas por direitos sociais. E se não for relevante compreender o presente, as afirmações sobre a existência de um

processo de conquistas ainda imaturo, em construção, dão bem para o gasto. Abstrair o presente facilita emitir avaliações otimistas ou pessimistas, mais afeitas às profecias sobre o destino inexoravelmente grandioso de um país de riquezas mis ou sempre fadado ao fracasso.

Portanto, retomar a ambiguidade do termo Estado, como regulador que assegura a reprodução e acumulação e como detentor de instituições estatais ativas e autônomas que deveriam transcender interesses parciais de grupos específicos e se organizar em torno de objetivos gerais poderá contribuir para reencontrar o fio da meada. Nesse sentido, as sugestões convergem para o fortalecimento das instituições públicas, suas burocracias e geração de atividades voltadas às políticas universais ou seja do fechamento de canais de ações governamentais de suporte a privatização.

### 3. Agentes do processo ou a serem envolvidos no processo

Com o passar do tempo, diversas interpretações sobre a *história* do SUS ganharam status de *verdade*. Entre as inúmeras versões que circulam, especialmente no movimento social, situam-se duas antagônicas. Uma delas atribui o SUS a um processo de conquista dos movimentos sociais, uma articulação *por baixo*. E outra, a um processo de negociação durante os debates com vistas à Constituição de 1988. Como, a principal força política que formulou o SUS, o antigo PCB, perdeu potência social, até mesmo para resgatar seus acertos e erros nas lutas pela redemocratização, a tendência entre os militantes de esquerda, que não participaram diretamente das lutas pela legitimação do direito à saúde é a de adotarem, mesmo que por vezes de forma pouco clara, a versão do *conchavo*.

Contudo, a ideia de que houve um *toma lá dá cá* protagonizado por sanitaristas que propunham uma reforma radical obscurece dois fenômenos relevantes à análise das condições concretas das disputas políticas na saúde. O primeiro é a correlação de forças setorial. O SUS foi apoiado pelos parlamentares

*anti-centrão* e certamente galvanizou apoios de setores progressistas do então PMDB, em função das repetidas crises do setor privado, naquele momento acusado de fraudes e inimigo de uma saúde digna. O segundo feixe de circunstâncias refere-se à atuação dos sanitaristas tanto por dentro dos fóruns do movimento social, quanto no âmbito do Poder Legislativo. A maturação de um projeto de Reforma Sanitária envolveu esforços teóricos e gerou novas formas de inserção de instituições de ensino e pesquisa na vida política do país, a mais notável foi a convocação de uma conferência de saúde com participação popular, em 1986.

Havia divergências entre o PT e o então PCB em torno da *estatização*, tensão que por sua vez tinha como substrato a compreensão sobre o processo de ruptura com o capitalismo. Para uns, o núcleo das transformações da Reforma Sanitária consistia na necessidade de travar a batalha por consciência da determinação social sobre o processo saúde-doença. Assim, tratava-se de *gramscianamente* realizar mudanças radicais na consciência e práticas. Para outros, a concepção de reforma e não ruptura parecia inadequada às condições concretas do país e sua inserção periférica. Em termos práticos, uma das vias propostas para a reforma, a via congressual, a Assembleia Nacional Constituinte, afigurava-se como uma alternativa *por cima*.

Tais polêmicas merecedoras de maior aprofundamento, no entanto, parecem ter ficado em um passado remoto. Durante o processo de implementação do SUS, a proximidade com o chamado *centrão* das coalizões governamentais atravessou barreiras setoriais. Talvez, ainda que com as devidas desculpas pela simplificação, se possa admitir como hipótese que após a derrota das forças conservadoras e privatizantes na saúde no processo de debates da Constituição, houve uma acomodação das forças políticas dinamizada pela presença de técnicos do movimento sanitário em destacados cargos de gestão do SUS e a permanente articulação *por fora*, especialmente nos ministérios da área econômica, partidos políticos e Congresso Nacional de políticas pró-privatizantes.

## Os partidos políticos, os políticos e as burocracias

A presença ativa de empresários da saúde e seus representantes junto a partidos e coalizões políticas que governam o país não é vista com maus olhos. Pelo contrário, o atendimento de políticos de diversas origens e vinculações partidárias em hospitais particulares paulistas e a presença em festas de proprietários bilionários de negócios setoriais foi registrada em colunas sociais. A exibição de intimidade, parece expressar, ora admiração pelo empreender bem sucedido, misturada com o assentimento ou resignação com um sistema de saúde clivado pelo atendimento a pobre e ricos, ora preconceitos e incompreensão sobre os sistemas universais. Partidos e lideranças políticas terminam por corroborar o senso comum sobre a capacidade de estratégias individualizadas responderem a problemas de saúde que são coletivos. Consequentemente, no âmbito da política também prevalece o ideário sobre a eficiência do privado em relação ao público e a inversão das relações causais, segundo a qual os sistemas universais são determinados pela igualdade social e, portanto, não se constituem como vetor de redução de desigualdades.

No âmbito técnico-burocrático setorial, também observa-se que a compreensão do SUS como atenção básica para pobres foi incorporada, inclusive nos textos legais como portarias do Ministério da Saúde que passam a localizar ações focalizadas como o Programa Rede Cegonha, entre outras, nos “municípios do Programa Brasil Sem Miséria”. A universalização (igualdade) também deixou de parametrizar as políticas de regulação do acesso entre clientes de planos e as demais pessoas pela iniciativa da ANS de incluir a obrigatoriedade de cobertura de medicamentos anti-neoplásicos orais. A partir de 2013, a relação dos medicamentos para clientes de planos passou a ser mais ampla do que a recomendada para o SUS. Duas políticas públicas explicitamente diferenciadas, segundo capacidade direta ou indireta de pagamento e não critérios clínicos. Em outras instâncias da burocracia

pública vigora o completo desrespeito à relevância pública das ações de saúde. Por exemplo o CADE (Conselho de Defesa da Concorrência) aprova a aquisição de empresas por grupos que vendem serviços para secretarias estaduais e municipais de Saúde.

## Os empresários da saúde

A atuação dos empresários da saúde, antes predominantemente articulada em torno de agendas bastante particularizadas foi substancialmente modificada. A criação da entidade Instituto Coalizão Saúde (ICOS), em 2014, durante as eleições para a Presidência da República, representou um marco na articulação de grupos econômicos das indústrias (equipamentos, medicamentos) com aqueles que atuam precipuamente na assistência médica-hospitalar. A explicitação da liderança de São Paulo (a entidade é coordenada pelo ex-superintendente do hospital Albert Einstein, atual presidente da maior empresa de planos de saúde, e por um professor da USP, ex-secretário de Saúde da cidade de São Paulo) afirma inequivocamente um centro para a “medicina de qualidade” no país. Na agenda do ICOS, construída mediante a contratação de uma empresa internacional de consultoria, encontram-se expressões como “setor privado parceiro do SUS”, “a participação da iniciativa privada na saúde, de forma complementar ao poder público, é uma prática vencedora”, “integração público-privada”.

As entidades patronais de hospitais privados autodenominados de excelência também avançaram proposições para a ampliação dos espaços políticos de intervenção do setor privado. Em 2015, a Associação Nacional de Hospitais privados apresentou, entre outras, as seguintes aspirações: “ampliar a participação do setor privado na formulação e implantação das políticas nacionais de Saúde e incentivar o investimento privado na área da saúde e desenvolver um plano de ação público-privado para a informatização, integração e interoperabilidade dos sistemas de informação”.



## Sindicatos de trabalhadores e conselhos de Saúde

As centrais sindicais de trabalhadores apoiaram e apoiam o SUS, mas suas bases demandam planos privados de saúde. Não é raro que um sindicalista pronuncie que os planos privados são benéficos ao SUS, por diminuir a fila nas instituições públicas. Há aqueles que inclusive individualizam o raciocínio ao dizer: “assim deixo meu lugar na fila para alguém pobre”. Embora os conflitos entre o empregador que paga em parte ou totalmente o plano privado e as demissões por doença do titular ou de seus familiares existam, o assunto não adquire visibilidade.

Os conselhos de Saúde tampouco se dedicam ao debate sobre a privatização realizada pelos grandes grupos econômicos. Os representantes das entidades sindicais de profissionais de saúde que os integram tendem a valorizar as demandas trabalhistas decorrentes da contratação precarizada de servidores. Os processos aquisição-fusão, abertura e valorização de capitais, preços de monopólio e presença dos representantes empresariais nos núcleos decisórios governamentais são pouco ou nada debatidos pelas entidades de participação social.

## 4. Estratégicas políticas

- O enfrentamento da privatização requer a produção de conhecimentos aprofundados e atualizados sobre o setor privado da saúde. Os esforços para a compreensão dos processos recentes de inserção do setor no padrão de dominância financeira e seus desdobramentos econômicos, sociais, culturais e políticos são incipientes, é preciso priorizar a temática dos grandes grupos econômicos na saúde e desenvolver estudos específicos sobre as inter-relações entre público e privado, sobre os fluxos de acumulação de capital e poder. A recusa peremptória de generalizações do tipo *o problema é o velho patrimonialismo* é essencial para a definição de perguntas de pesquisa.
- As forças progressistas que atuam na Saúde não podem continuar ignorando ou consentindo passivamente a privatização da saúde. Encontrar um espaço de intervenção para a desprivatização requer reconhecer que as articulações entre o público e o privado estendem-se desde a atuação de profissionais de saúde em ambos os setores até o uso de fundos públicos e privados nacionais e internacionais. No entanto, os processos em curso que viabilizam a criação de novos mercados não têm sido detectados pelas forças políticas progressistas. A privatização recente foi sendo implementada praticamente sem oposição parlamentar e dos movimentos sociais. Mesmo quando foi possível antepor barreiras a ações privatizantes, como no caso da anistia às multas das empresas de planos de saúde, os lobbies privados lograram encontrar uma alternativa administrativa para aprovar seu pleito.
- É necessário debater com técnicos dos ministérios da área econômica, da Justiça, bem como com Ministério Público e Poder Judiciário, os problemas da saúde e do sistema de saúde para apresentar e testar alternativas de redução do uso do fundo público para a privatização. Deduções e isenções fiscais, filantrópicos-privados, pagamento de planos caros para servidores públicos, pagamento de taxas elevadas de administração para terceirizações e corrupção são gritantes contradições.
- As portas giratórias precisam ser identificadas e, quando possível, controladas ou fechadas. Não se trata de criminalizar e denunciar conflitos de interesses e constatar que a influência do setor privado na saúde é muito extensa e intensa. ■