

POLÍTICAS SOCIAIS

A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS

Uma análise institucional

Telma Maria Gonçalves Menicucci



NAÇÕES UNIDAS

CEPAL



cooperación
alemana

DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

POLÍTICAS SOCIAIS

A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS

Uma análise institucional

Telma Maria Gonçalves Menicucci



NAÇÕES UNIDAS



cooperación
alemana

DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

Este documento foi realizado, sob supervisão de Ana Sojo, por Telma Maria Gonçalves Menicucci, consultora da Divisão de Desenvolvimento Social da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, no âmbito do projeto CEPAL/ Deutsche Gesellschaft für Internationale (GIZ) “Pacto social para una protección social más inclusiva” (GER/12/006).

As opiniões aqui expressas são de inteira responsabilidade do autor, não refletindo, necessariamente, a posição da CEPAL. Este documento não foi submetido à revisão editorial.

Publicação das Nações Unidas

ISSN 1564-4162

LC/L.3828

Copyright ©, Nações Unidas, maio de 2014. Todos os direitos reservados.

Impresso nas Nações Unidas, Santiago do Chile

Os Estados membros e as suas instituições governamentais podem reproduzir esta obra sem autorização prévia. Só se solicita que mencionem a fonte e informem as Nações Unidas de tal reprodução.

Sumário

Introdução	5
I. A relação entre o público e o privado na assistência à saúde	9
A. A constituição segmentada da política de assistência à saúde: vinculação ao contrato de trabalho e provisão privada (1930-1988)	9
B. A reforma sanitária no bojo do processo de democratização do Brasil (1975-1988).....	14
C. A implantação da reforma na década de 90 (1990-2000)	17
1. O baixo suporte político no momento de implantação da reforma	18
2. O Financiamento como entrave à realização dos princípios do SUS.....	19
3. Constrangimentos institucionais: efeitos de <i>feedback</i> sobre a rede de serviços.....	20
4. A regulamentação dos planos de saúde privados (1998-2000)	23
5. As consequências do formato institucional público-privado: desigualdades no perfil dos usuários, no acesso a serviços e no financiamento	25
II. A operacionalização do sistema público (SUS) no contexto federativo brasileiro	31
A. O arranjo federativo brasileiro	31
B. A evolução do marco regulatório das relações federativas no SUS.....	34
1. A configuração das relações federativas na década de 90: ênfase na municipalização	34
2. O desenho institucional para a regionalização no século XXI: coordenação e cooperação.....	36
3. Dificuldades políticos-institucionais para a efetivação dos pactos federativos.....	40
4. A proposta de reorganizar o SUS e o modelo de atenção: as redes de atenção.....	42
C. A participação da sociedade no SUS: Conferências e Conselhos de Saúde nos três níveis de governo	43
D. O debate recente sobre o SUS: prenúncio de um novo pacto?.....	45
Bibliografia	53
Série Políticas Sociais: números publicados	57

Quadros

QUADRO 1	TAXA PERCENTUAL DE COBERTURA POR PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E LOCALIZAÇÃO, SEGUNDO GRANDES REGIÕES. BRASIL - MARÇO/2013	26
QUADRO 2	PERCENTUAL DE PESSOAS COM COBERTURA DE PLANOS E SAÚDE, SEGUNDO RENDIMENTO MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA. BRASIL - 2008.....	26
QUADRO 3	PERCENTUAL DE EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS PARA O SUS POR TIPO E REGIÃO, BRASIL – 2012.....	28

Diagramas

DIAGRAMA 1	ARCABOUÇO INSTITUCIONAL E DECISÓRIO DO SUS.....	44
------------	---	----

Introdução

A política de saúde no Brasil, a partir do processo de democratização do país, que culminou com a promulgação de uma nova Constituição em 1988, tem como sua principal institucionalidade, o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse foi definido a partir de princípios universalistas e igualitários, embasado em uma concepção de saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado”, o que configura o grande ineditismo de sua concepção no contexto de reformas liberalizantes da década. Em conjuntura político-internacional adversa, o SUS conseguiu ser implantado e permitiu avanços significativos em termos de cobertura e acesso a ações e serviços de saúde. Em que pese o seu sucesso em resistir às pressões por reformas pró-mercado, o SUS enfrenta dificuldades de diferentes ordens para tornar realidade os seus princípios distributivos ambiciosos na contramão de processos reprodutores de desigualdades e, de fato, o sistema de saúde brasileiro permanece segmentado e desigual.

Particularmente no caso da assistência à saúde, mais do que a constituição de um sistema único, é possível falar de um formato institucional híbrido ou dual, entendendo-se como tal a coexistência de um sistema público e de um sistema privado, que configuram formas diferenciadas de acesso, financiamento e produção de serviços, apesar de, formalmente, a política de saúde definir o acesso gratuito e universal a toda a população sem distinções. Mesmo que na operação da atenção à saúde sejam identificadas conexões entre os dois sistemas, em geral perversas, formal e juridicamente eles funcionam praticamente de forma independente.

Os princípios e diretrizes para orientar a política de saúde, definidos na Constituição, formalmente alteraram significativamente o padrão anterior ao romper com o caráter meritocrático da assistência à saúde, originariamente no Brasil vinculada à inserção no mercado de trabalho, e ao incorporá-la à ideia de cidadania. Nesse sentido a política de saúde então definida foi uma ruptura com os princípios que caracterizavam a trajetória brasileira até então e a criação do SUS, que traduziu institucionalmente a reformulação do setor, expressa um reordenamento ideológico e institucional de grande envergadura.

Entretanto, a criação desse sistema nacional de saúde inclusivo não logrou incorporar todos os cidadãos à assistência pública, uma vez que um expressivo contingente deles já vinha sendo absorvido por formas privadas de assistência à saúde, em um processo que foi mais intenso exatamente durante a formação e redefinição da política de saúde nos anos que antecederam a promulgação da Constituição. A própria atuação governamental, expressa em decisões e políticas do período pós-constitucional, vai

expressar essa dualidade, uma vez que ainda no início da década de 90, concomitantemente aos esforços de viabilização da política recém-definida na Constituição, vai ser introduzido na agenda pública o tema da regulamentação governamental dos planos privados de saúde, que vai se concretizar no final da década. Essa regulação não se deu no sentido de definir a inserção de mecanismos de mercado na estrutura da assistência de responsabilidade estatal e de caráter universal, mas de consolidar o funcionamento do sistema privado de forma independente do sistema público. Uma vez que a regulação do setor privado não ocorreu no sentido de definir sua articulação com o setor público ou de determinar espaços e regras de atuação, os resultados da política de saúde evidenciam a existência de duas formas radicalmente distintas, não apenas de acesso, financiamento e produção das ações e serviços de saúde, mas também de atuação governamental. Por um lado, a atuação estatal se dá no sentido de garantir o acesso universal às ações e serviços de saúde enquanto elemento que integra a noção de direito à saúde, vinculando-se, assim, à ideia de cidadania. Por outro lado, a política de saúde incorpora a assistência privada ao escopo da intervenção governamental sob a forma de regulação do mercado privado de assistência, com vistas a desenvolver esse mercado e garantir os direitos do consumidor. Dessa forma, a política de saúde consagra e legitima o caráter dual da assistência e a ação governamental orienta-se por duas lógicas distintas: a lógica da assistência como um direito de cidadania, que traz implícitas as ideias de universalidade e igualdade; e a lógica da assistência como um bem oferecido e adquirido em um mercado que, por sua vez, remete à diferenciação por segmentos e produtos, definida a partir do poder de compra ou de condições privilegiadas de acesso ao consumo de serviços de saúde.

Esse formato institucional dual da assistência à saúde coloca limitações para a efetivação do sistema universal a partir de suas consequências, sejam de natureza política —dificultando a constituição de pactos mais amplos em torno do SUS—, sejam em termos da eficácia do sistema como um todo.

Mudando o foco exclusivamente para o sistema público, outros desafios de ordem institucional se colocam para o funcionamento do SUS que se referem às dificuldades e ou especificidades decorrentes do contexto federativo no qual se implementa a política de saúde.

O federalismo brasileiro é de natureza tripartite em que os entes federativos —União, Estados e Municípios— são autônomos, tanto política quanto administrativamente. Uns dos princípios constitucionais do SUS são a descentralização e a regionalização e grande trabalho de engenharia institucional tem sido desenvolvido ao longo da trajetória do SUS no sentido de definir as relações intergovernamentais e produzir relações cooperativas entre os entes federados em contexto de grandes heterogeneidades e insuficiência de recursos. Num processo contínuo de reformas institucionais tem se buscado a qualificação e implementação do processo de descentralização, organização e gestão do sistema de saúde à luz da evolução e aprimoramento do processo de pactuação intergestores. Isso porque a gestão da rede de serviços em um contexto federativo, associado à descentralização, coloca a necessidade de combinar a autonomia dos entes federados e a cooperação entre eles de forma a garantir os preceitos constitucionais de universalidade e integralidade da atenção, compatibilizando a localização territorial das pessoas com a da rede assistencial sob a responsabilidade de gestores diversos.

Essas duas características institucionais mais amplas —a dualidade do sistema de atenção à saúde e o contexto federativo em que se insere a gestão do SUS— são o foco da análise desenvolvida neste trabalho. Isso a partir do entendimento de que a análise da arquitetura institucional do sistema de saúde implica a identificação dos princípios básicos sob os quais se organizam as instituições de saúde, os mecanismos e formatos de articulação institucional; os mecanismos de participação dos cidadãos; a relação público-privada na provisão e gestão de serviços; as competências jurisdicionais e a relação entre entes federados.

A primeira dessas duas dimensões institucionais do sistema de saúde revela os aspectos estruturais e políticos mais amplos envolvidos na condução da política de saúde no Brasil que se expressam particularmente na dificuldade de construção de grandes acordos em torno da efetivação do SUS, tensionado, por um lado, por um estrutural subfinanciamento e, por outro, por um expressivo grau de adesão e suporte dos setores mais bem organizados da sociedade aos planos privados de saúde. Esse subfinanciamento se expressa na definição legal dos recursos destinados ao sistema de saúde, considerados baixos em comparação a outros sistemas universais.

Por sua vez, a segunda grande dimensão institucional (o contexto federativo) revela as condições e formas de operacionalização do sistema público de saúde da perspectiva interna do sistema. Destacam-se nesse aspecto, as regras e mecanismos que vem sendo instituídos para criar incentivos para a cooperação e para a construção de pactos entre os gestores do SUS dos diferentes níveis de governo de forma a viabilizar a assistência à saúde de forma integral e igualitária.

Com o objetivo de analisar o SUS dessa dupla perspectiva institucional, o texto está dividido em duas partes, além dessa introdução. Na primeira, constituída por três seções, busca-se descrever e interpretar analiticamente o processo histórico de constituição da assistência à saúde no Brasil, o que fornece os fundamentos para uma interpretação da configuração atual do sistema. Essa interpretação parte da identificação dos processos políticos subjacentes à definição da política de saúde e dos mecanismos causais que produziram uma configuração dual ou segmentada. Isso permite compreender por que a reforma da política no final dos anos 80 do século passado, que estabeleceu o sistema universal e público, não logrou incorporar todos os cidadãos à assistência pública —objeto da segunda seção. A partir de uma perspectiva teórica que leva em conta os processos históricos, a análise da trajetória da política de assistência à saúde trata de identificar os efeitos de *feedback* das políticas anteriores, considerando a dinâmica entre os processos decisórios e os arranjos institucionais constituídos a partir das escolhas definidas em momentos cruciais de redefinição de políticas, que se tornaram parâmetros segundo os quais as escolhas posteriores foram definidas. Ou seja, como políticas definidas anteriormente afetaram o seu desenvolvimento posterior, particularmente ao influenciar o processo político não apenas por constituir atores e interesses, mas também por condicionar a formação de suas preferências e modelar as interações e o comportamento político dos grupos beneficiados por ela. Na terceira seção, é analisado o processo de implementação da reforma nos anos 90, levando em conta os constrangimentos políticos, financeiros e as consequências institucionais das políticas prévias, e ainda busca-se analisar as consequências dessa configuração institucional segmentada sobre as desigualdades no perfil dos usuários, no acesso aos serviços e no financiamento.

A segunda parte, também constituída por três seções, foca as características institucionais do sistema público de saúde (o SUS) relacionadas à sua inserção no sistema federativo brasileiro. Na quarta seção é feita uma breve descrição das características do federalismo brasileiro e na quinta é analisada a evolução do marco regulatório das relações federativas no SUS no contexto de um federalismo tripartite, caracterizado pela autonomia política e divisão de poderes e competências entre três níveis de governo. Além dos mecanismos institucionais, pretende-se analisar os resultados obtidos até então nesse esforço de construção de pactos entre gestores. Completa o quadro institucional do SUS, tratada na quinta seção, a discussão dos mecanismos institucionais de participação da sociedade no processo decisório e na gestão do SUS, nos três níveis de governo. A sexta e última seção introduz uma reflexão sobre o debate recente em torno do SUS e que pode sinalizar para um novo acordo pró-SUS a partir da confluência de vários elementos, alguns antigos e outros emergentes, que colocam o sistema de saúde na agenda a partir do acirramento de suas contradições. Nesse processo, novos atores constituídos a partir da própria institucionalização do SUS alargam a arena da política de saúde e pressionam por mudanças, ou melhor dizendo, pela efetivação dos princípios amplos que orientaram a constituição do sistema de saúde público no Brasil.

I. A relação entre o público e o privado na assistência à saúde

A. A constituição segmentada da política de assistência à saúde: vinculação ao contrato de trabalho e provisão privada (1930-1988)

A origem e expansão da assistência médica individual no Brasil como política pública faz parte do processo de montagem e desenvolvimento da Previdência Social. A estruturação do sistema previdenciário, de forma incipiente a partir dos anos 20 do século passado e mais intensamente a partir dos 30, é o marco básico do sistema de proteção social montado no Brasil, por meio do qual se desenvolveu a sustentação pelo Estado dos direitos sociais.

Na medida em que se desenvolve incorporada aos benefícios previdenciários, ainda que de forma incipiente, a assistência médica de maior escopo, desde sua origem, vai ter as marcas da estrutura institucional da Previdência Social da qual fazia parte. Entre elas, a segmentação de clientela, com a correlata diferenciação das formas e dos serviços de saúde prestados aos diversos segmentos de trabalhadores que vão sendo incorporados, paulatina e diversificadamente, à Previdência Social. E, o que é fundamental, a assistência médica governamental se desenvolve como um benefício vinculado ao contrato de trabalho formal e com as características de seguro, ou seja, uma obrigação contratual de caráter contributivo, não se constituindo como uma prestação pública a que tem direito toda a população.

A expressão mais evidente dessa perspectiva securitária é a dicotomização que se estabeleceu na política de saúde até o final da década de 80, expressa em uma diferenciação funcional e institucional. Ao Ministério da Saúde couberam as ações de caráter coletivo que desde o início do século XX se difundiram no Brasil, sob a forma do ‘sanitarismo campanhista’ e algumas ações de assistência básica de escopo restrito. À Previdência Social, nos diversos formatos institucionais que assumiu ao longo de sua trajetória, coube a assistência à saúde de caráter individual, restrita aos segurados e seus dependentes.

As primeiras instituições previdenciárias surgidas por iniciativa estatal para os trabalhadores do setor privado, uma vez que já existiam diversas iniciativas voltadas para funcionários públicos, são as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Essas foram criadas a partir de 1923 por determinação governamental e com a participação de recursos públicos e tornadas obrigatórias apenas para as empresas com mais de cinquenta empregados. Nas CAPs já estava prevista a prestação de alguns serviços médicos aos trabalhadores cobertos e seus dependentes, embora a legislação não especificasse a forma nem os recursos disponíveis para essa finalidade. A forma de provisão dos serviços médicos se fazia desde então pela compra de serviços privados, escolha que foi justificada pela fragmentação do seguro social por empresa que tornava impraticável, do ponto de vista de escala, a manutenção de serviços próprios.

Na década de 30, o sistema previdenciário brasileiro passa por profunda reformulação, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que sucederam e foram absorvendo as CAPs. Em vez de serem vinculados a uma empresa, os IAPs incorporam, cada um deles, uma categoria profissional e passam a ser de caráter nacional. A extensão da cobertura previdenciária às diferentes categorias profissionais possibilitou a ampliação da assistência médica e, ao mesmo tempo, institucionalizou a diferenciação dessa assistência conforme a categoria de trabalhadores, reproduzindo-se na saúde as diferenciações observadas nas características gerais de cada instituto. Até sua unificação, em 1966, as instituições previdenciárias eram marcadas pela heterogeneidade, em relação tanto à legislação específica quanto ao número de segurados, à arrecadação e às despesas, apesar de ser generalizada a precariedade das condições financeiras¹.

Essa nova estrutura previdenciária é implementada juntamente com a legislação trabalhista e sindical durante o governo do presidente Vargas, que, em conjunto, constitui a nova forma de regulamentação da relação capital/trabalho. O período Vargas que se inicia em 1930 marca um momento de reorganização das relações Estado/sociedade de forma corporativista, que teve como um de seus objetivos incorporar os trabalhadores urbanos ao jogo político, embora de forma subordinada ao Estado. Isso se deu pelo reconhecimento do trabalho organizado e de políticas sociais. Ao lado dos sindicatos e dos tribunais trabalhistas, a Previdência Social era uma instituição fundamental na estrutura legal montada para se apropriar do espaço de demanda e do espaço organizacional, definindo quem e como poderia representar o trabalho (Malloy, 1986; Menicucci, 1990).

No conceito consagrado de Santos (1979), estabeleceu-se no Brasil a “cidadania regulada”, que traduz a relação entre ocupação e cidadania, sendo reconhecidos determinados direitos sociais a setores de assalariados urbanos. Entre esses direitos, vai se inserindo o da assistência à saúde, mesmo que de forma secundária em relação às prestações previdenciárias. Será apenas nos anos 60 que ocorrerá uma substancial expansão da assistência médica previdenciária de forma a constituir um novo padrão de atenção à saúde no país, até então, em grande parte, de natureza privada (Braga & Paula, 1981). Essa extensão era, em grande parte, condicionada às pressões da massa segurada, que apresentavam variações de intensidade entre as categorias profissionais e que se refletia nas variações do gasto com assistência médica no interior de cada IAP.

A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), promulgada em 1960, propunha a uniformização dos benefícios previdenciários e assumia a assistência médica como parte inerente da Previdência Social, devendo ser assegurada a todos os seus beneficiários, mas ainda condicionada às disponibilidades financeiras. Mas uma reforma institucional mais expressiva se deu após a instauração do governo militar no país em 1964, paralelamente ao processo de centralização institucional e política que a acompanha. Logo no início do governo autoritário, deu-se a unificação de todos os institutos em uma única estrutura institucional com a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que estendeu o seguro social para todos os assalariados urbanos. Ao absorver número cada vez maior de assalariados como contribuintes compulsórios, a previdência passou a mobilizar volume crescente de recursos e aumentou progressivamente a participação da assistência médica no conjunto das suas despesas.

¹ Sobre a origem da previdência social brasileira, ver, entre outros: Possas, 1981; Malloy, 1976; Cohn, 1981, 1996; Donnangelo, 1975; Oliveira e Teixeira, 1986).

A contrapartida dessa expansão foi a perda de importância relativa das medidas de saúde pública voltadas para o atendimento de necessidades coletivas e de caráter preventivo, situação que se expressa, por um lado, pelo orçamento precário e declinante do Ministério da Saúde, órgão responsável por essas ações, e pelo inexpressivo crescimento dos recursos financeiros nos primeiros anos da década de 70. E, por outro, pela ampliação do gasto com assistência médica individual a cargo do INPS em relação ao gasto direto da União, dos estados e dos municípios com saúde e saneamento em proporção quase que inversa².

O caminho para a universalização de cobertura, apontado com a unificação de todos os institutos e a correspondente eliminação das diferenciações entre eles, significou a implosão do arranjo corporativo que caracterizara o início da Previdência Social —o que só foi possível no governo militar, quando as bases do poder autoritário passaram a prescindir do apoio dos trabalhadores. Portanto, não foi o resultado de um movimento dos assalariados em torno da igualdade, os quais, em muitos casos, viram na unificação a perda de benefícios corporativos e se posicionaram contra ela. A competição entre categorias profissionais, induzida pelo formato institucional da Previdência Social, não favoreceu uma atuação reivindicatória mais geral. Ou seja, a trilha da universalização institucional da assistência não teve como apoiadores os principais afetados por ela: os empregados urbanos assalariados. Não tardaria que novas formas de segmentação dos trabalhadores se recriassem na prestação de serviços de saúde, dificultando a constituição de uma visão universalista por parte dos assalariados e reforçando sua visão corporativa, favorecida pelos arranjos anteriores.

O fato de a Previdência Social assumir a assistência médica como uma de suas atribuições não implicou necessariamente a instalação de uma infra-estrutura própria de produção de serviços de saúde. A expansão da assistência médica pública se deu em grande parte, particularmente no caso da assistência hospitalar, por meio da compra de serviços, recorrendo à rede de atendimento de natureza privada, que se desenvolvia independentemente do setor público (Braga e Paula, 1981). A partir dos anos 70, haverá uma estagnação na capacidade relativa da rede hospitalar pública que se manterá praticamente inalterada até a década de 90, o que terá como contrapartida o crescimento da importância da rede hospitalar privada³.

O INPS tornou-se o grande comprador de serviços médicos e passou a sustentar uma procura ampliada, garantindo um mercado institucional pela via dos segurados da Previdência. Pela manipulação de recursos não apenas para a compra de serviços, como também pelo financiamento a juros baixos para a construção de hospitais, a intervenção estatal estimulou a expansão de uma rede privada de produção de serviços e estancou o crescimento da rede pública. Em consequência, favoreceu uma determinada trajetória da política de assistência à saúde, ao mesmo tempo em que engendrou interesses em torno da manutenção ou ampliação dos incentivos públicos ao setor privado. Na condição de comprador, o Estado assumiu o papel de regulador de preços definindo tabelas de valores para remuneração dos procedimentos médicos, de forma que o setor privado não operava livremente no mercado, o que gerava resistências e fazia convergir para o Estado pressões crescentes no sentido de ampliar a esfera de atuação privada por meio do financiamento público da produção privada de serviços.

Além da compra de serviços, outra forma de articulação da Previdência Social com o setor privado foi mediante o estabelecimento de convênios com empresas nos termos dos quais, mediante um subsídio, a empresa passava a arcar com a responsabilidade pela atenção médica a seus empregados, desobrigando o INPS da prestação direta de tais serviços. Na maioria dos casos, em vez de prover diretamente os serviços médicos, a empresa comprava os serviços de outra empresa especializada, chamada de ‘medicina de grupo’, ‘empresa médica’ ou ‘grupos médicos’, estabelecendo-se um acordo triangular entre INPS/empresa empregadora/ empresa médica. A prática de convênios favoreceu a

² A participação do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União em 1968 era de 2,21%, em 1972 caiu para 1,40%, em 1973 para 0,91%, atingindo apenas 0,90% em 1974. Contrariando essa tendência, ocorre em 1975 um crescimento expressivo dos recursos do Ministério da Saúde da ordem de 35,7% explicado por definição de prioridades no campo social pelo governo em momento de crise de legitimidade do governo militar. Em 1967, o gasto direto da União, dos estados e dos municípios com saúde (e saneamento) correspondia a 56% do gasto estatal em saúde, ao passo que a participação do INPS, responsável pela assistência médica individual, era aproximadamente de 44%. Em 1972, passa a ser 45,1% e 51,7%, respectivamente (BRAGA & PAULA, 1981).

³ A partir de meados da década de 70, o número de leitos privados já correspondia a mais de 70% dos leitos do país (Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária/ IBGE).

expansão da medicina de grupo, restrita aos locais de concentração das grandes empresas empregadoras nas regiões mais desenvolvidas do país.

Paulatinamente, essa forma de assistência privada vai ocupando espaço maior do que assistência com a participação do Poder Público no âmbito das grandes empresas no eixo Sul/Sudeste —região mais desenvolvida do país—, e será o pilar da assistência suplementar que se desenvolverá nas décadas seguintes.

Várias formas de desigualdades entre diferentes estratos dos trabalhadores se introduzem nessa forma de assistência médica. Em geral, os convênios eram estabelecidos com empresas de grande porte, com mão de obra mais especializada e salários superiores. Também os grupos médicos tendem a se concentrar nas regiões mais industrializadas e urbanizadas. Em consequência, durante as décadas de 60 e 70 a diferenciação de serviços não se daria mais entre categorias profissionais, mas entre qualificações profissionais (Giffoni, 1991). Incentivadas e legitimadas pela iniciativa pública dos convênios, a partir daí se desenvolveram as formas eminentemente privadas de assistência, as quais incluíam uma grande diversidade de possibilidades de planos e contratos alternativos. As diferentes formas de diferenciação vão recriar as demandas particularistas de outra natureza, dessa vez vinculadas ao contrato de trabalho, e não mais à categoria profissional.

Três atores privados principais passam a constituir a arena política da assistência médica nos anos 60: os proprietários de hospitais e clínicas credenciados pelo INPS ou aspirantes a credenciamento; os empresários das grandes companhias, interessados em ampliar a assistência à saúde de seus empregados de forma direta ou subsidiada pelo Poder Público; e os proprietários das empresas de medicina de grupo, empresas voltadas para prestação de serviços médicos para outras empresas. A organização desses interesses se expressa na criação de seus órgãos de representação, concomitantemente à expansão da assistência médica previdenciária: a Federação Brasileira dos Hospitais Credenciados pela Previdência Social, que se transformaria posteriormente na Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

A pressão dos representantes dos interesses privados na saúde se exercia diretamente sobre a burocracia pública (via formal) e, ainda, pela ocupação por seus representantes de postos-chave da administração previdenciária e outros cargos responsáveis pela política de saúde no país⁴. A contrapartida foi o baixo desenvolvimento da capacidade estatal, principalmente para a produção de serviços hospitalares, o que tornará o Poder Público dependente do setor privado para a expansão da assistência. Ao mesmo tempo, não se desenvolveu a capacidade reguladora do Estado, que vai ser fortemente capturado pelos interesses privados. Essa situação se traduzirá na proeminência dos interesses privados sobre os coletivos, além da elevação dos gastos assistenciais a níveis que acabariam por comprometer a capacidade de financiamento governamental da assistência.

A expansão indiscriminada da contratação de serviços privados foi se mostrando, naquele momento, economicamente inviável, em razão dos altos custos e da ausência de controle da Previdência sobre as unidades contratadas. Em meados da década de 70, a corrupção atingiu níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro, criando-se uma situação de crise, seguida de algumas reformas (Oliveira & Teixeira, 1986).

Uma mudança institucional relevante no período foi a criação, em 1977, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que operou uma divisão técnica do trabalho, criando ou incorporando diversos organismos para as diversas tarefas da Previdência⁵. Integrando o SINPAS, foi criado o Instituto

⁴ Essa atuação exemplifica a participação de certos setores da sociedade no processo decisório, mesmo em um contexto de Executivo muito fortalecido, e configurava uma das formas de articulação de interesses entre a burocracia pública e a privada que prevaleceu durante o regime militar e ficou conhecida pela expressão de ‘anéis burocráticos’ (Cardoso, 1979). Mediante esse mecanismo, inseriam-se os interesses privados no aparelho estatal, fundindo-se os interesses privados e públicos.

⁵ O Sinpas era integrado pelas seguintes entidades: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps); Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (Funabem); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev); Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapfas); e, como órgão autônomo, a Central de Medicamentos (Ceme).

Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que aglutinou a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários e incorporou a receita desses órgãos. Tal iniciativa expressou a aproximação do princípio da universalização da seguridade social ao desvincular cada vez mais o atendimento médico da condição de segurado, embora a base do financiamento continuasse a ser a contribuição do segurado. A expansão da assistência médica não foi acompanhada da ampliação das fontes de financiamento, aprofundando uma crise que já se configurava desde a década anterior e favorecida pelo modelo de compra de serviços privados – de alto custo e difícil controle.

Um instrumento legal, estabelecido ainda na década de 80 e vigente até hoje, foi a renúncia fiscal que passou a funcionar como um incentivo estatal indireto para as empresas manterem planos de saúde para seus empregados. Com isso, as empresas obtiveram permissão legal para repassarem os gastos com saúde de seus empregados aos preços dos produtos, computando as despesas com assistência médica como custos operacionais, sendo, portanto, objeto de dedução da renda bruta para efeitos de tributação do Imposto de Renda. Por meio desse incentivo indireto, a opção pública contribuiu para a expansão da assistência médica de caráter privado no âmbito das empresas, já devidamente estruturadas para isso desde as décadas de 60 e 70, quando contaram com incentivos diretos (Menicucci, 2007).

O mesmo incentivo foi dado à opção individual pela assistência privada. A política tributária passou a permitir deduções da renda tributável das pessoas físicas para fins de pagamento do imposto sobre a renda e, desta forma, contribuiu para a inserção nos planos privados ou, mesmo, para a utilização da medicina liberal (desembolso direto) de pessoas provenientes dos estratos de renda mais altos. Do ponto de vista da legitimação dos serviços públicos, a renúncia fiscal nesse caso fragiliza mais o setor público, ao favorecer a exclusão de sua cobertura dos cidadãos de maior poder aquisitivo, cujo comportamento, de forma indireta, é estimulado pela política tributária.

Nos anos 80, a assistência privada deixa de ser complementar para se tornar suplementar, passando a ter seu desenvolvimento de forma autônoma, em relação tanto ao financiamento quanto à forma de captação da clientela. Ocorre uma expansão significativa das formas privadas de assistência, tanto pela ampliação de cobertura de planos empresariais para trabalhadores do setor de serviços e para fora do eixo Sul-Sudeste, quanto pela comercialização autônoma de planos de saúde em decorrência da migração de clientes que pagavam diretamente os provedores de serviços para planos e seguros de saúde como resultado de estratégias agressivas de ampliação dos mercados de planos de saúde (Faveret & Oliveira, 1990; Bahia, 1999). No final da década, o setor privado encontrava-se consolidado e bastante vigoroso.

O agravamento da crise financeira da Previdência Social na década de 80⁶ marcará um momento de inflexão, com o surgimento de propostas de políticas alternativas para o sistema de saúde que enfatizavam a reversão do modelo de privilegiamento dos produtores privados de serviços via canalização dos recursos previdenciários para o setor público. Mais ou tão importante que a crise financeira da Previdência e a incapacidade de sustentação desse modelo é a coincidência da crise com o processo de democratização do país, que coloca em cena outros atores políticos, “quebrando o monopólio dos anéis burocráticos previdenciários na definição e implementação das políticas de saúde” (Mendes, 1993: 28). Em um contexto de luta política entre projetos alternativos de políticas de saúde é que vai se mostrar a possibilidade de alterar a configuração do modelo médico-assistencial privatista durante a década de 80, no âmbito, contudo, dos constrangimentos decorrentes da configuração institucional da política de saúde e cujos principais traços eram:

- a) Princípio da cidadania regulada: assistência à saúde na sua origem nasce como um benefício vinculado ao trabalho, e não como um projeto de inclusão universal e igualitária e será diversificada e desigual, fruto de um arranjo corporativo. Paralelamente ao crescimento da assistência pública em sentido universalizante, recria-se a segmentação por meio da inserção de alguns trabalhadores em formas privadas de cobertura, favorecia por incentivos públicos.

⁶ Braga & Paula (1981) mostram que o déficit do SINPAS (diferença entre a receita e a despesa) atingiu, em 1980, Cr\$ 46,8 bilhões.

- b) A opção pela compra de serviços: a assistência pública se desenvolve a partir da expansão da rede prestadora privada e com a atrofia da capacidade governamental, tanto prestadora quanto reguladora.
- c) Desenvolvimento de um conjunto de instituições privadas como medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradora operando na saúde e sistemas de auto-gestão (assistência gerida pela própria empresa empregadora).
- d) Como uma de suas consequências, essa política levou à constituição de um conjunto de instituições e de atores e interesses. Entre os interesses constituídos, além dos empresários do setor, estão os dos beneficiários da assistência privada, particularmente os empregados das empresas e instituições públicas que administram ou contratam planos de saúde. Ao terem acesso a uma assistência diferenciada, passam a ser seus apoiadores, de forma explícita ou implícita.

Em suma, as políticas de saúde favoreceram a formação de atores, configuraram em parte os seus interesses, definiram suas estratégias políticas e propiciaram o desenvolvimento de determinados comportamentos resistentes a mudanças. Nesse sentido, o modelo estabelecido contribuiu decisivamente para a estruturação do processo político e modelou uma determinada trajetória, de forma que irá causar constrangimentos para o desenvolvimento institucional subsequente. Esses diversos interesses que se constituem e se organizam ao longo das décadas de 60 a 80 manifestar-se-ão nos momentos cruciais de redefinição da política de saúde.

B. A reforma sanitária no bojo do processo de democratização do Brasil (1975-1988)

A promulgação de uma nova Constituição em 1988 no Brasil é um marco, tanto do ponto de vista da restauração do Estado de Direito no país após longo período de autoritarismo, quanto pela ampliação dos direitos de cidadania, entre eles o de saúde. Nesse momento, efetiva-se a introdução de dispositivos constitucionais que promovem uma ruptura institucional nos marcos da política de saúde.

A reforma é o resultado de um amplo e vitorioso movimento político-ideológico, denominado como movimento sanitário⁷, que se desenvolveu a partir de meados da década de 70 ainda no contexto do regime autoritário e de luta pela redemocratização do país. Esse processo trouxe no seu bojo a preocupação com os aspectos substantivos da democracia que remetem aos direitos sociais, entre eles o direito à saúde. A oposição ao regime militar incluía a luta pela ampliação das políticas sociais e enfatizava a sua redefinição no sentido da universalização de benefícios mediante um processo redistributivo. Particularmente no campo da saúde, a discussão da ‘democratização da saúde’ se fazia de forma mais intensa via o ‘movimento sanitário’, que logrou atingir alto grau de organicidade e grande visibilidade política, vindo a ter papel relevante na reformulação da política de saúde.

A formação da proposta de reforma da política de saúde envolveu a construção teórica de um modelo de compreensão dos determinantes sociais da saúde e um conjunto de ações estratégicas visando à divulgação de ideias, à articulação de pessoas e organizações e à ocupação de espaços institucionais para a experimentação de projetos inovadores como mecanismo de constituição de uma alternativa à política vigente. De origem acadêmica, o movimento pela reforma sanitária conseguiu articular um conjunto diversificado de atores, como a categoria médica, o “movimento popular em saúde”, segmentos burocráticos e o Movimento Municipalista, constituído pelos secretários e técnicos municipais de saúde. Uma das estratégias políticas foi, por um lado, a atuação no âmbito do parlamento como local para o debate público sobre a saúde e para a organização do movimento e, por outro, o envolvimento com eleições de deputados, prefeitos e vereadores que tinham a saúde em suas plataformas eleitorais e eram ligados à questão mais geral de democratização (Rodrigues Neto, 1997). Na conjuntura de insatisfação

⁷ De acordo com Gerschman (1995:41), o autodenominado “movimento sanitário” era “um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde, provenientes na sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que exerceu um papel destacado de oposição ao regime militar, assim como uma trajetória política própria na área da saúde”.

com o regime autoritário e no movimento de constituição de um novo pacto no país, foi possível superar os objetivos e interesses setoriais ou corporativos na afirmação de uma alternativa para o setor saúde, cujo conteúdo principal era a universalização e a responsabilidade pública, em oposição ao modelo segmentado e híbrido vigente.

Na década de 70 ensaiaram-se algumas práticas governamentais alternativas no sentido de valorização do setor público e na década seguinte vão ocorrer mudanças na política de saúde bastante significativas do ponto de vista de sua concepção, embora bem menos em termos do impacto no modelo vigente, como embriões dos princípios da reforma que seria definida no final da década. Esses projetos e reformas se constituíram como experiências de organizações alternativas dos serviços de saúde, em que se experimentam algumas propostas, como descentralização da gestão; integração das ações preventivas e curativas; expansão de cobertura de uma perspectiva universalizante (desvinculada da condição de segurado da Previdência); participação comunitária; ênfase na atenção primária; articulação das ações de diferentes instâncias públicas; e fortalecimento do setor público (Cordeiro, 1979; Menicucci, 2007). Mesmo que de alcance reduzido e sem significar uma alteração do modelo de assistência prevalecente, essas experiências mostraram um novo desenvolvimento institucional dos serviços de saúde, evidenciando a existência de uma articulação de atores em torno dessa mudança. Mas, apesar do fortalecimento das propostas publicistas, a trajetória da assistência nesse período é também marcada pela expansão da assistência médica privada, que, conforme foi visto, na década de 80 amplia sua cobertura e seu âmbito de ação, favorecida por vários dispositivos governamentais e pela própria crise da assistência pública.

No processo constituinte se explicitaram duas visões antagônicas sobre a assistência à saúde, então definidas como "estatizante" e "privatizante". Se a primeira representava a perspectiva inovadora dos atores que se articulavam em torno da reforma, a segunda representava os interesses e concepções forjados na trajetória da política de saúde como efeito de *feedback* do sistema vigente há mais de duas décadas. Apenas os defensores das ideias do movimento sanitário tinham propostas mais elaboradas, fruto de um longo processo de desenvolvimento teórico e de articulação política. O movimento pôde utilizar seus conhecimentos como recurso de poder no processo de tomada de decisões e de definição de alternativas, conseguindo que suas principais propostas fossem reforçadas por diferentes categorias, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), sindicatos de profissionais de saúde e Conselho Federal de Medicina, além de parte dos constituintes. Entretanto, a possibilidade de alteração brusca do sistema de saúde a partir dessa proposta suscitou a mobilização e evidenciou o peso e capacidade de articulação, tanto dos representantes das instituições privadas (medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras) como dos prestadores de serviços privados, unidos na defesa do pluralismo das formas de atendimento à saúde e da "liberdade de escolha". Esses atores demonstraram significativo poder de veto e, apesar de não terem conseguido barrar as alterações institucionais mais significativas, particularmente a criação de um sistema público de acesso universal, garantiram a preservação dos arranjos previamente estabelecidos.

O texto constitucional refletiu os acordos entre esses diferentes atores e suas ambiguidades refletem o ajustamento entre alternativas inovadoras e padrões consolidados. O resultado foi a conformação jurídico-legal de um sistema híbrido e segmentado que, ao mesmo tempo em que, por um lado, consagra a saúde como direito, garante a universalidade de acesso à assistência, amplia a responsabilidade estatal e define a constituição de um sistema inclusivo, por outro lado, preserva a liberdade do mercado e garante a continuidade das formas privadas de assistência, independentemente de qualquer intervenção governamental.

A reforma da política de saúde caracteriza, assim, uma situação de ruptura e continuidade, explicável a partir da confluência de fatores que favoreceram a inovação institucional com o legado das políticas prévias que limitaram a possibilidade de mudança. A mudança foi possibilitada por uma situação excepcional de construção de um novo pacto social no processo de democratização e em uma situação favorável a desequilíbrios institucionais, no bojo da qual se constituiu um novo marco legal para a saúde. Nesse quadro, foi possível a modificação da arena política setorial com a incorporação de novos atores portadores de propostas alternativas, que se confrontaram com aqueles constituídos a partir das políticas anteriores. A crise da assistência, que se traduzia em insatisfação generalizada, foi outro fator que favoreceu a mudança institucional, na medida em que o movimento sanitário soube apresentar uma alternativa para a crise, colocá-la na agenda e obter apoio político para ela. Nesse processo,

constituiu-se uma comunidade epistêmica, cuja influência se traduziu em alterações no processo político, por ter sido capaz de fazer a mediação entre a crise e as escolhas realizadas e fornecer uma proposta consistente e de amplo respaldo. Na transição democrática, abriu-se uma “janela política”, de forma que os problemas da política vigente, associados ao processo político mais amplo de democratização, convergiram de modo a permitir que forças políticas não hegemônicas influenciassem decisivamente a formulação da política de saúde, dando lugar, em um momento específico, ao surgimento de uma política informada por uma ideologia publicista e por uma concepção de saúde como direito, tendo como corolários a universalização e a igualdade.

Por sua vez, o caráter limitado da reforma é explicado pelos efeitos de *feedback* das políticas prévias sobre o processo político-decisório, expressos pela constituição de interesses e pela formação das preferências dos atores favorecidos pelas políticas de saúde estabelecidas a partir dos anos 60. A mudança não significou o estabelecimento de uma nova rota para a assistência à saúde, pois ao mesmo tempo em que se muda de forma profunda o segmento público, a mudança é limitada pela antiga estrutura e não é capaz de desmontá-la, constituindo, de fato, uma dupla trajetória. As escolhas definidas na Constituição garantiram a convivência da reforma com a continuidade, em um processo de inovação pressionado por interesses e objetivos que tinham sido constituídos em decorrência das políticas anteriores, que limitaram a possibilidade de mudanças descontínuas, mas que, ao mesmo tempo, expressaram o dinamismo institucional ao definir um reordenamento do sistema público de saúde.

Como aspectos fundamentais do texto constitucional destacam-se: a adoção de um conceito de saúde como articulação de políticas sociais e econômicas e que não se restringe à assistência médica⁸; o estabelecimento da saúde como direito social universal; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle; e a criação de um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade. A assistência à saúde foi definida como “livre à iniciativa privada” e a participação do setor privado prestador de serviços no SUS foi garantida em caráter complementar, com a intenção de priorizar a rede pública e a privada sem fins lucrativos. Além disso, a Constituição vedou a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos, mas não tratou da questão dos subsídios indiretos ao sistema de saúde privado, que permaneceu no campo das não-decisões.

Em síntese, o sistema público de saúde foi completamente reestruturado no final da década de 80 e suas principais características, em termos de princípios, diretrizes e configuração institucional definidos na Constituição/1988 e na legislação infra-constitucional (Leis 8080 e 8142/1990), podem ser sumarizadas da seguinte forma:

- A saúde foi estabelecida como *parte da seguridade social*, organizada sob uma lógica universalista e equitativa, e definida como um conjunto de ações e iniciativas destinadas a assegurar os direitos relativos não apenas à saúde, mas também à previdência e à assistência social, com criação de orçamento próprio oriundo de fontes diversificadas de impostos e contribuições sociais, dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios;
- Para dar materialidade à política de saúde, foi instituído o Sistema Único de Saúde, definido na Lei 8080/1990 como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”⁹;

⁸ Art. 196 da CF de 1988: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

⁹ Essa definição inclui atividades voltadas para promoção de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; serviços ambulatoriais e hospitalares, apoio diagnóstico; intervenções ambientais. Ao Sistema Único de Saúde compete ainda: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substância de interesse para a saúde, participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos; colaborar na proteção do meio ambiente.

- A definição como princípios do SUS:
 - 1) universalidade de acesso e gratuidade em todos os níveis da atenção à saúde;
 - 2) igualdade na assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - 3) integralidade da assistência, o que envolve um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos;
 - 4) a participação da comunidade no processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde (por meio de conferências de Saúde) e na fiscalização, controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados em todos os níveis de governo (por meio de conselhos de saúde, de composição paritária —governo e sociedade— estabelecidos nos três níveis de governo);
 - 5) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (no âmbito nacional pelo Ministério da Saúde, nos âmbitos estaduais e municipais pelos secretários estaduais e ou municipais de saúde) com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços – isso implica definir os serviços por níveis de atenção e distribuí-los geograficamente, remetendo à articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços que transcenda o espaço político-administrativo de um município ou estado.
- O financiamento do SUS, definido pela CF 1988 e alterado pela Emenda Constitucional n. 29/2000, é competência dos três entes federados (União, estados e municípios), mediante recursos de seus orçamentos e advém também de contribuições sociais previstas no Orçamento da Seguridade Social (OSS): contribuição do empregador ou empresa sobre a folha de salário (vinculada à previdência social), sobre a receita ou o faturamento e sobre o lucro; contribuição do empregado também sobre a folha de salário (vinculada à previdência); contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos; contribuição do importador de bens ou serviços no exterior. Diferentemente da previdência social a quem são vinculados expressamente determinados componentes do OSS, a falta de vinculação de recursos específicos para a saúde gerou instabilidade nos repasses do OSS para o setor, conforme será mostrado mais adiante.

C. A implantação da reforma na década de 90 (1990-2000)

Na década de 90 inicia-se o processo de implantação das mudanças jurídico-institucionais definidas na Constituição de 1988. Isso envolvia mudanças drásticas na organização e amplitude do sistema de saúde, o que incluía, entre outras, a transição de um sistema restrito aos trabalhadores assalariados para um sistema universal operando na lógica de garantias plenas na contramão das desigualdades preexistentes; a descentralização da gestão para unidades de governo autônomas do ponto de vista político-administrativo em substituição a um modelo altamente centralizado; a unificação de estruturas e atividades antes separadas (atividades voltadas para ações de caráter coletivo e assistência individual) com vistas à obtenção da integralidade da atenção à saúde; a introdução de novos mecanismos de gestão que incluem a participação da sociedade após longo período de cerceamento das liberdades. Isso em um país com mais de cinco mil municípios e profundas desigualdades tanto na capacidade de prestação de serviços e nas condições socioeconômicas, quanto nas necessidades e situação de saúde.

O contexto nacional e internacional de reordenamento do papel do Estado e de restrição a políticas universalistas, associados às políticas de ajuste fiscal e de reestruturação da relação Estado/mercado em favor do segundo, não foi favorável à implementação do SUS. Como destacou Draibe (1995, p.219), antes que se implementassem as diretrizes da agenda de reforma social da transição democrática, desenhava-se outra agenda de reformas.

As reformas econômicas do período e as políticas de ajuste tiveram graves consequências sobre o financiamento das políticas públicas, particularmente as sociais, o que redundaria em severas restrições ao financiamento do sistema. Entretanto, atuaram, e continuam atuando, contra a efetivação completa do

SUS os efeitos institucionais da política de saúde prévia, que se traduziram na ausência de suporte político para a reforma universalizante, no subfinanciamento —que permanece mesmo em conjunturas econômicas favoráveis— e na dificuldade de publicização da rede privada de serviços.

Parte-se do pressuposto de que a implantação de uma política, além de ser um processo de adaptação em função das mudanças do contexto, exige decisão e iniciativa governamental, e instrumentos para efetivá-la, entre os quais a disponibilidade de recursos financeiros e o suporte político organizado, particularmente, por parte dos grupos sociais afetados positivamente (Menicucci, 2006, 2007). Essas condições não forma garantidas de forma plena no caso da política de saúde, em grande parte pelos efeitos de *feedback* da estrutura institucional anterior à reforma e que afetaram a disposição e a capacidade governamental e conformaram as preferências e a interpretação da realidade dos atores que poderiam dar suporte político mais ativo à implantação da reforma. Na acomodação entre as definições legais, que deveriam ser implantadas, e o legado institucional anterior, configurou-se a política de saúde brasileira.

1. O baixo suporte político no momento de implantação da reforma

Dado o caráter redistributivo da reforma sanitária, seriam necessárias coalizões mais amplas para sua efetivação, o que se mostrou bastante difícil dada a composição política da arena da saúde constituída por diferentes atores e interesses configurados ao longo da trajetória da saúde, como prestadores de serviços privados, diversas modalidades de operadoras de planos de saúde, usuários de planos de saúde, etc.

Os governos que se sucederam no período da transição democrática caracterizaram pela configuração conservadora, em perfeita sintonia com o ambiente internacional, marcado pela rediscussão do papel do Estado, que se traduzia em propostas de novos modelos de políticas sociais a partir do questionamento da universalização de direitos. A regulamentação do texto constitucional foi lenta e conflituosa, existindo setores contrários à implementação do SUS dentro do próprio governo, além de divergências intra-burocráticas sob a forma de sua operacionalização. Apenas em 1992, o Executivo deu início ao processo de operacionalização do SUS, estabelecendo mecanismos que contrariavam dispositivos constitucionais, particularmente em relação ao processo de descentralização (Goulart, 1996; Gerschman, 1995, entre outros), expressando a resistência ao deslocamento de poder das instâncias centrais para as unidades subnacionais de governo.

No momento de implantação da reforma, evidenciou-se a heterogeneidade na composição e nos posicionamentos políticos do “movimento sanitário” que durante o movimento pela redemocratização do país tinham sido escamoteados; acirraram-se as divergências partidárias em decorrência do fortalecimento e da diversificação das identidades partidárias propiciados pela democratização; e aprofundou-se o corporativismo entre o movimento médico que se distanciava do projeto básico da reforma sanitária no momento crucial de sua implementação (Gerschman, 1995). O movimento popular em saúde (MOPS), por sua vez, não foi capaz de garantir o apoio dos usuários dos serviços de saúde, tanto pela sua fraca mobilização política, mas pela própria característica da reforma, que fez com que os seus benefícios fossem muito dispersos e só perceptíveis em longo prazo pelo conjunto da população. Outros atores, apesar de garantirem o apoio formal à reforma sanitária, não se constituíram de fato seus apoiadores efetivos, mergulhados nas contradições entre a postura ideológica igualitária e a defesa de seus interesses corporativos. Entre esses, destacou-se o movimento sindical mais combativo, cujas categorias, em grande parte, cobertas por planos privados de saúde, no âmbito das empresas e instituições públicas como efeito das políticas anteriores, não eram diretamente beneficiadas com a implantação do SUS e, nessa medida, não tinham incentivos concretos para apoiar de forma mais efetiva o sistema público. Concomitante à implementação da reforma a demanda por assistência médica diferenciada da pública transformou-se em item da agenda de negociação coletiva de diversas categorias de trabalhadores, constituindo-se um “veto implícito” ao modelo público e universal e fortalecendo a assistência diferenciada prestada pelas empresas (Costa, 1995). Ou seja, a concretização da agenda redistributiva e universalista confrontou-se com o desenho histórico da cidadania regulada, ao mesmo

tempo em que não existia “um projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade e da exclusão como o cerne da questão democrática” (Fleury, 1997:34)¹⁰.

2. O Financiamento como entrave à realização dos princípios do SUS

Para o alcance dos objetivos finalísticos da reforma, o financiamento é um recurso imprescindível, envolvendo não apenas o volume, mas a forma de repasse dos recursos do governo federal para estados e municípios, uma vez que a descentralização se fez na dependência dos recursos federais, principais responsáveis pelo financiamento das ações de saúde: cerca de 80% até o final da década de 1980 e 70% na década de 1990 (MS/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, 2001:5); reduzindo-se recentemente para aproximadamente 45% (Ministérios da Saúde/SIOPS, 2010).

A questão do financiamento tornou-se o “calcanhar de Aquiles” para a efetivação da reforma, pois não foi garantido maior aporte de recursos necessários para efetivar a universalização de cobertura e a realização dos investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços. A ausência de fontes estáveis de financiamento e os constantes atrasos nos repasses da União para estados e municípios levou a uma degradação da qualidade dos serviços bastante acentuada nos primeiros anos do SUS. Em consequência, mesmo não tendo sido negada no discurso, nem mesmo tendo sido objeto de uma redução programática¹¹, a atenção à saúde universal e igualitária foi objeto de veto implícito e de inviabilização sistêmica¹² por meio de vários mecanismos. Entre esses a grande instabilidade na alocação de recursos federais (Fundação João Pinheiro, 1999; Lucchesi, 1996) apesar de crescimento acentuado dos valores arrecadados pela Seguridade Social; a suspensão de repasse dos recursos sobre a folha de pagamento para o custeio das ações de saúde; os constantes contingenciamentos do orçamento da saúde e a retenção de recursos da seguridade social para o Fundo Social de Emergência¹³.

Essa situação gerou uma crise em meados da década de 90 e que provocou uma discussão sobre a necessidade de novas e estáveis fontes de financiamento para a saúde, dado que o mau funcionamento do sistema de saúde público passou a ser uma das faces mais vulneráveis da política social do governo. Apesar dos avanços expressivos em termos de cobertura, da realização de serviços, dos ganhos nos indicadores de saúde e da maior racionalidade e eficiência na gestão dos recursos propiciadas pela descentralização e incorporação do controle democrático por meio do modelo de gestão participativa que fez parte da reforma, os problemas do SUS ganharam muita visibilidade e passaram a ser denunciados em diferentes perspectivas. A partir de um diagnóstico da crise, centrado no financiamento, propostas alternativas entraram na agenda pública. Sob forte pressão do então ministro da Saúde, contando com fortes resistências tanto no Congresso quanto nos diferentes segmentos sociais a serem afetados (Goulart, 1996) e sem mobilização social ampla, foi instituída, em 1996, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), mediante a Emenda Constitucional Nº 12/1996¹⁴. Essa oposição era

¹⁰ Embora a postura oficial do movimento sindical mais combativo, representado pela Central Única dos Trabalhadores, seja a de defesa do sistema público e de direitos igualitários, na prática, isso não se traduz em mobilização efetiva pela concretização dos princípios do SUS. Cada vez mais desenvolve-se o que uma liderança sindical chamou de “cultura de planos de saúde”, que se tornou uma demanda dos trabalhadores e que dificilmente encontra resistência das empresas (SINTEL, 2002).

¹¹ Algumas tentativas de mudanças estruturais no SUS, relacionadas aos princípios da universalidade e da integração da atenção, partiram do governo federal, mas não lograriam apoio para serem encaminhadas, como a PEC 32, que propunha alterar o artigo 196 da Constituição e que visava estabelecer limites ao direito à saúde e restringir o dever do Estado na provisão das condições para seu exercício (Barros, 1998).

¹² A expressão é usada por analogia com a noção de redução sistêmica das políticas do estado de bem-estar, utilizada por Pierson (1994), referindo-se às estratégias indiretas para a redução de políticas cujas consequências são sentidas apenas em longo prazo e que parecem ter sido muito mais importantes nas tentativas de desmantelamento do Estado de bem-estar do que nos esforços de redução programática explícita dos programas sociais.

¹³ Esse Fundo foi criado em 1994 com o propósito de aumentar os recursos disponíveis ao Tesouro Nacional para uso de livre arbítrio da Presidência da República (Ugá e Porto, 2008:486) e consiste na desvinculação de 20% de todas as receitas arrecadadas pela União, incluindo as receitas do Orçamento da Seguridade Social. Em 1997 esse Fundo foi renomeado como fundo de Estabilização Fiscal e a partir de 2000 como Desvinculação das Receitas da União (DRU).

¹⁴ Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) foi criada para vigorar inicialmente por treze meses, mas foi prorrogada por várias vezes até 2007 quando foi rejeitada a sua prorrogação. Em sua origem, foi instituída para o custeio específico de ações e serviços públicos de saúde, mas com a EC nº 21/1999, passou também a financiar o pagamento de aposentadorias e pensões a cargo do INSS e ações de combate e erradicação da pobreza.

previsível, uma vez que, ao ser uma nova tributação a incidir sobre as movimentações bancárias, atingiria exatamente os setores que, na sua maioria, não se constituíam em usuários do SUS, mas de planos de saúde privados. Entretanto, a nova fonte, que deveria constituir um recurso supletivo, tornou-se substitutivo, na medida em que passaram a ser desviados recursos de outras fontes do orçamento da Seguridade Social, além de os recursos da CPMF serem muitas vezes utilizados fora do setor saúde. Além disso, deixou de ser destinada integralmente para o financiamento das ações e dos serviços de saúde e passou a ser destinada também à previdência social a partir de 1999.

A ausência de fluxos regulares de recursos gerou propostas de soluções mais duradouras e no sentido de vinculação constitucional de recursos para a saúde. Contando com a resistência da área econômica do governo, a proposta só se constituiu norma legal com a aprovação da Emenda Constitucional Nº 29/2000. Essa definiu a garantia de recursos mínimos para o financiamento do SUS, sob a forma de vinculação de recursos orçamentários dos estados e municípios (12 e 15%, respectivamente, de seus orçamentos para a saúde). Por pressão do poder Executivo, definiu-se uma descentralização dos encargos financeiros com saúde forçando as instâncias subnacionais de governo a ampliar sua participação no gasto em saúde e, ao mesmo tempo, a União foi preservada de uma vinculação mais explícita de recursos para a saúde. Para a União, a EC 29/2000 definiu provisoriamente uma ampliação percentual dos gastos absolutos efetuados no ano anterior e remeteu para uma Lei Complementar a definição dos percentuais mínimos a serem alocados na saúde. Com esse adiamento, a definição dos encargos federais com saúde foi deixada ao sabor da conjuntura política, mantendo-se, em certa medida, a vulnerabilidade do orçamento da saúde, na medida em que os recursos federais ainda eram até recentemente majoritários para o custeio das ações de saúde.

Os resultados, contudo, foram relevantes uma vez que a obrigatoriedade de gasto pelos entes subnacionais de governo ampliou os gastos em saúde nesses níveis, acompanhados de diminuição relativa da participação da União no custeio do SUS. A regulamentação da Emenda Constitucional tornou-se um símbolo e um objetivo político com vistas a ampliar as bases de financiamento do sistema público de saúde. Na segunda metade da década de 2000 o próprio Ministério da Saúde assume a necessidade de “repolitizar o SUS” para que ele se torne de fato uma política de Estado e ensaia uma estratégia definida como o *Pacto em Defesa do SUS* que tinha como um dos pontos centrais o financiamento público da saúde. A percepção era de que “o SUS precisava ser defendido”¹⁵. Os desdobramentos desse processo, em contexto político diferente, serão vistos mais adiante, na última seção.

3. Constrangimentos institucionais: efeitos de *feedback* sobre a rede de serviços

Em função de sua própria natureza, a efetivação da política de saúde implica a existência de uma rede prestadora de serviços. As características e a evolução dessa rede no Brasil evidenciam que as consequências das decisões governamentais anteriores constituíram-se limitações de natureza estrutural à plena efetivação dos dispositivos constitucionais. A expansão da rede prestadora privada a partir de incentivos governamentais nas décadas de 60 a 80 do século passado teve como seu principal efeito a consolidação de uma forte dependência do setor público em relação à rede privada para a realização de internações e procedimentos de maior complexidade¹⁶. Além disso, não se desenvolveu uma ação reguladora eficiente para garantir a preservação do interesse público na compra de serviços. Essa regulação antes da criação do SUS quase que se resumia à definição dos preços dos serviços e dos tetos de gasto em função dos constrangimentos orçamentários do INAMPS – órgão encarregado da assistência médica pública e que era fortemente capturado pelos interesses dos prestadores de serviços privados. A

¹⁵ Entrevista com o deputado federal, Saraiva Filipe, realizada em 10/6/2013, ex- ministro da saúde no momento de formalização do Pacto em Defesa do SUS, e para quem, na ausência de mobilização da sociedade, o SUS caminharia para um “apagão”.

¹⁶ Após a década de 60 vai se observar o crescimento progressivo da proporção de hospitais privados em detrimento dos públicos, além da expansão das clínicas privadas destinadas ao atendimento ambulatorial. A partir dos anos 70, haverá uma verdadeira estagnação na capacidade relativa da rede hospitalar pública (medida pelo número de leitos), que se manterá praticamente inalterada até a década de 90, o que terá como contrapartida o crescimento da importância da rede hospitalar privada. Se em 1960 apenas 62% dos leitos hospitalares eram privados, essa proporção alcança cerca de 76% em 1980 e 77% no momento da criação do SUS, em 1988 (Braga e Paula, 1981: 71 e 72; AMS/IBGE).

liberdade para credenciamento de prestadores era ampla e em geral atendia aos interesses dos prestadores. Com submissão à lógica da oferta e na ausência de planejamento, não se desenvolveu a capacidade de comprar serviços (Ministério da Saúde, S/D).

A universalização da assistência e a definição da saúde como de relevância pública, que caracterizaram a reforma do final dos anos 1980, não foram acompanhadas da efetiva publicização da rede prestadora, seja pela expansão da rede estatal em níveis e na diversidade exigidas, seja pela incorporação da rede privada de acordo com critérios públicos no sentido de que o interesse público prevaleça sobre o interesse privado,

Quanto ao primeiro aspecto, cabe ressaltar que desde a implantação do SUS tem ocorrido a ampliação da rede pública, principalmente, ambulatorial, expressivamente maior do que a rede privada, particularmente em relação aos estabelecimentos de saúde sem internação, o que demonstra o movimento no sentido de ampliação do acesso: em 1988 esses estabelecimentos de saúde públicos correspondiam a 64% do total de estabelecimentos, mas alcançam 70% em 2009. Quando se considera apenas os estabelecimentos com internação, é nítida, contudo, a inferioridade da rede pública, embora em crescimentos relativos, passando de 26% dos estabelecimentos em 1988 para 41% em 2009 (IBGE/AMS). Isso se expressa no número de leitos hospitalares por habitante, em que a superioridade da rede privada é bastante nítida: se no período de 1990-2009 a média de leitos públicos por 1000 habitantes foi de 0,85 leitos, esse valor atinge 2,1 leitos/1000 hab no caso de leitos privados. A expansão da rede hospitalar é apenas pontual, e não há indícios de que a situação possa se alterar, tanto em função da limitação de recursos destinados a investimentos como por não estar na agenda pública.

Por várias razões, tem havido dificuldades em fazer valer o interesse público na relação com os prestadores privados de tal forma que nem sempre a rede privada é disponibilizada para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um dos grandes estrangulamentos do sistema público de saúde a garantia do acesso a alguns procedimentos e/ou estabelecimentos. Embora a natureza jurídica dos estabelecimentos hospitalares não impeça por si só a publicização da rede ou dos serviços contratados, a configuração institucional dual do sistema de saúde coloca constrangimentos para que se consiga fazer prevalecer o interesse público sobre o privado.

Desde a criação do SUS, houve avanços significativos no controle e fiscalização dos serviços realizados pelos prestadores privados no sentido de coibir o processo histórico de corrupção e superfaturamento que caracterizava o período anterior no âmbito do extinto INAMPS. Contribuiu para isso o processo de descentralização que permitiu maior controle sobre os prestadores, embora não garanta a sua adesão ao SUS. Nos instrumentos normativos do SUS, particularmente a partir dos anos 2000, a questão da regulação¹⁷, juntamente com o controle e avaliação, tem merecido destaque nas suas várias dimensões, entre elas a regulação das atividades dos prestadores privados¹⁸. A regulação em saúde é organizada em três dimensões de atuação: Regulação dos Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial. No caso específico da Regulação da Atenção à Saúde, o objetivo é implementar ações que incidam sobre os prestadores, sendo efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial (Portaria GM/MS nº. 1559/2008).

A Regulação Assistencial, no âmbito do SUS, é entendida como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, que “deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários” (Ministério da Saúde, S/D). Entre as dimensões nas quais deve se dar o fortalecimento dessas funções, destaca-se a relação com os prestadores de serviços na medida em que a regulação da atenção tem como

¹⁷ Foge aos objetivos deste trabalho discutir a noção de regulação que se caracteriza por ser um conceito bastante polissêmico (para isso ver Fundação João Pinheiro, 2005; FARIAS et al, 2011). Para efeitos deste trabalho, podemos assumir a sintetização de FARIAS et al (2011), segundo a qual a regulação está assentada em dois grandes pilares: quantidade adequada de ações e serviços acessíveis e resolutivos aos cidadãos e a boa qualidade dos padrões dos serviços ofertados.

¹⁸ NOAS-SUS 01/2001; NOAS-SUS 01/2002; Pacto pela Saúde, 2006; Portaria Nº 1559/2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

objeto a produção de ações de atenção à saúde. Entre essas ações, destacam-se a contratação dos prestadores de serviço, a regulação do acesso e a avaliação da atenção e o controle assistencial¹⁹.

O estabelecimento de contratos com os prestadores de serviços, embora seja uma exigência legal ainda não se concretizou no SUS e sofre resistências de forma a prevalecer a informalidade na relação entre governo e prestadores. A pretensão formal/legal é de que o contrato seja um pacto de compromissos entre gestores e prestadores com a assunção de responsabilidades entre as partes. A formalização jurídica através de contratos permitiria definir direitos e deveres de cada uma das partes e estabelecer mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde, além de ser também um instrumento de regulação e avaliação de resultados. Entretanto, de acordo com o Ministério da Saúde, embora 89% dos estabelecimentos de saúde do país prestem algum serviço para o SUS, apenas 12,4% deles possuem contratos firmados, o que gera insegurança para ambas as partes²⁰.

Apesar do esforço na definição e evolução de normas voltadas à regulação, incluindo aí a relação com os prestadores privados, permanecem ainda limitações para uma regulação mais efetiva. Essas incluem dificuldades operativas do sistema público para definir sua demanda e, conseqüentemente, definir a necessidade de compra de serviços; para negociar serviços em uma situação de baixo poder de barganha em função das limitações de recursos públicos para pagamento dos serviços privados; além das dificuldades para implantar e fiscalizar os contratos. As restrições políticas são também significativas na medida em que o setor privado, com forte tradição de auto-regulação ou de regulação governamental limitada à definição de preços e controle da produção dos serviços, impõe fortes resistências. A resistência dos prestadores, a falta de atuação concertada dos agentes públicos descentralizados —uma vez que os sistema é descentralizado para mais de 5.000 municípios— para uma regulação mais rigorosa e efetiva das relações com a rede privada e a repetição inercial dos padrões de regulação anteriores caracterizam a persistência de uma relação ainda bastante frágil, que garanta a regularidade na prestação pelo sistema público dos serviços de saúde de maior complexidade, para os quais é grande a dependência da rede privada. Entre os principais problemas decorrentes, pode-se citar a formação de demandas artificiais e estrangulamentos de oferta em algumas áreas (Ministério da Saúde S/D); oferta de serviços de acordo com os interesses dos prestadores, com excesso de alguns procedimentos e insuficiência de outros, traduzindo-se pela presença de leitos, mas falta de vagas para diversas modalidades de tratamento (Farias et al, 2011) —o que é favorecido pela forma de pagamento por procedimentos que induz à produção daqueles que são mais bem remunerados; gargalos estruturais para algumas necessidades assistenciais importantes mal remuneradas ou que apresentam baixa rentabilidade, resultando em filas e listas de espera (Matos e Pompeu, 2003); burla sistemática da forma de encaminhamento pela via dos sistemas reguladores governamentais, permanecendo, pelo menos em parte, o controle do acesso pelo prestador, particularmente na assistência hospitalar²¹.

Essas resistências são favorecidas pelo formato dual (público e privado) da assistência à saúde, pois aos prestadores de serviços existe a alternativa dos planos de saúde, que pode lhes permitir prescindir, em parte, do SUS. O valor pago pelo SUS aos prestadores privados não são atrativos em grande parte dos procedimentos, o que se relaciona diretamente com os constrangimentos financeiros do SUS. E no mercado de serviços de saúde, com vários agentes privados, tanto pelo lado da demanda como da produção de serviços, o setor público acabou se tornando mais um, embora o maior, agente comprador de serviços na medida em que não se configurou uma assistência pública de fato universal,

¹⁹ O controle assistencial inclui o cadastramento de estabelecimentos, profissionais e usuários, habilitação de prestadores, programação por estabelecimento, autorização dos procedimentos, supervisão das ações realizadas em ambulatório e hospitais, monitoramento e revisão das faturas, processamento da produção e preparo do pagamento.

²⁰ “Do lado do gestor, porque a qualquer momento a iniciativa privada pode interromper o atendimento dos cidadãos. Do lado do prestador, porque o gestor público pode, pela mera conveniência política, cessar o encaminhamento de usuários do SUS aos estabelecimentos privados, fato que os inviabilizaria financeiramente”. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1006.

²¹ “ Não se desenvolveu a capacidade de formalização contratual de serviços privados de saúde por parte do setor público. Disso decorre uma situação na qual o setor público torna-se prisioneiro da oferta (os prestadores privados). A compra de serviços de saúde, no Brasil, se dá de maneira acrítica, não planejada, não avaliada, distorcida. Compra-se o que o prestador oferece, em detrimento de serviços que se coadunam com as reais necessidades da população. o SUS ser, em grande medida, regido pela lógica da oferta, não obstante ser o grande comprador desses serviços” (Matos e Pompeu, 2003).

mas um modelo híbrido. Se grande parte dos prestadores não pode prescindir do SUS, eles buscam mesclar a sua produção para as clientelas dos planos de saúde privados e ainda diretamente para usuários via desembolso direto. Em função desse hibridismo do sistema, a prestação de serviços ao SUS fica condicionada às vantagens comparativas com o setor privado.

Nesse sentido é que o sistema como um todo —público e privado— carece de uma regulação mais ampla, para além do SUS, e que defina a atuação do setor privado em termos do interesse público. Como a regulação se limita ao âmbito do SUS, não existe uma regulação mais ampla que se refira à definição do papel dos prestadores no conjunto do sistema de saúde, aí incluindo o sistema público e o privado que se mesclam na rede prestadora, em sua maioria privada e compartilhada pelos dois sistemas.

4. A regulamentação dos planos de saúde privados (1998-2000)

Expressão e consolidação da dualidade da assistência à saúde, bem como do volume e importância do segmento privado, concomitantemente às mudanças institucionais no sentido de implantação do SUS, na década de 90 ganhou relevo o debate envolvendo diferentes atores, tanto governamentais quanto da sociedade civil, sobre a regulamentação da “assistência médica supletiva”. Esse debate culminou com a promulgação da Lei 9665, em 6/1998, que colocou sob o controle governamental as atividades privadas de gestão de assistência à saúde que já estavam suficientemente institucionalizadas, embora auto-reguladas²². Após um período de experimentação, a regulação assume o seu formato institucional vigente com a criação, em 2000, de uma agência reguladora —a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)— com alto grau de autonomia, embora vinculada ao Ministério da Saúde. Esse formato institucional é uma expressão nacional de paradigmas desenvolvidos no processo internacionalmente difundido de privatizações de atividades estatais nas últimas décadas do século XX e reflete algumas concepções normativas associadas ao movimento de reforma do Estado que caracterizaram a década de 90 no Brasil em consonância com o debate internacional.

De uma perspectiva econômico-normativa, a regulação teve como justificativa a correção de falhas do mercado, particularmente a assimetria de informações entre os agentes do mercado, a seleção de riscos, a seleção adversa e a provisão inadequada de serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que visou estimular o mercado, buscou proteger o consumidor dos efeitos da ética utilitarista do mercado. Do ponto de vista econômico-financeiro, a legislação estabeleceu as condições de funcionamento e operação das empresas de planos de saúde, referentes, simultaneamente, à capacidade de prestar serviços assistenciais e à viabilidade econômico-financeira. Entre essas condições, as operadoras de planos e seguros de saúde são obrigadas a registrar reservas e provisões técnicas. Além disso, passam a ser controladas, estando sujeitas a fiscalização, multas, direção fiscal, liquidação extrajudicial etc. Da perspectiva assistencial, foram estabelecidas regras rígidas de proteção ao consumidor, como o controle de preços e a proibição de seleção de riscos e de rompimento unilateral dos contratos. Alterando a situação prevalecente de um mercado auto-regulado, foram estabelecidos parâmetros para a assistência prestada e vedada, entre outras, a exclusão de cobertura a qualquer doença e a limitação quantitativa de procedimentos em qualquer tipo de plano de saúde (Menicucci, 2007).

Curiosa ou contraditoriamente o processo regulatório coincide com o de implantação da reforma da política de saúde, baseada nos princípios da universalização e da responsabilidade governamental pela garantia do direito à saúde, que sinalizou para um aprofundamento da intervenção estatal na forma de financiamento, gestão e produção de serviços. A regulação do mercado de planos privados de saúde não significou nenhuma mudança normativa da política nacional de saúde, realizada via SUS e se fez de forma independente dela e sem mesmo negá-la ou redirecioná-la oficialmente. Entretanto, ao ter como um de seus objetivos a ampliação do mercado de planos de saúde, a política regulatória tornou evidente o caráter meramente formal —do ponto de vista dos fundamentos normativos que norteiam as decisões governamentais— dos princípios do SUS, particularmente a universalidade e a igualdade de acesso. De

²² Os dados disponíveis até a década de 90 são bastante imprecisos, mas estimativas apontam que no momento da criação do SUS, cerca de 30 milhões de pessoas já eram cobertas por formas privadas de atenção à saúde nas diferentes modalidades que conformavam o mercado de planos de saúde: planos próprios de empresa, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras (Bahia, 1999; Mendes, 1993; Abrange, 2002; Médici, 1990; Ciefas, 2000).

fato, o modelo regulatório reafirma formalmente a segmentação de clientela e remete a assistência pública prioritariamente para os segmentos sociais que não têm capacidade de adquirir planos de saúde no mercado ou que estão excluídos dos planos coletivos, em virtude da maior precariedade de sua inserção no mercado de trabalho. O enfraquecimento da proposta de um sistema público de cobertura universal que já se fazia na prática com base em mecanismos institucionais como o subfinanciamento fica formalizado na nova política regulatória que passa a integrar o conjunto das políticas de saúde, sinalizando para um aprofundamento da cisão entre os dois sistemas: o público e o privado.

Na definição da política regulatória, não foi considerada a definição mais ampla da política de saúde com relação à formatação adequada do *mix* privado/público na assistência à saúde ou do papel do sistema privado no sistema de saúde brasileiro. Ou, ainda, a regulação não significou um reordenamento da produção privada segundo a lógica de bens públicos; apenas se regulou um mercado considerado de interesse público, buscando garantir direitos do consumidor, e não o acesso a serviços que fossem assumidos como de responsabilidade pública²³.

Outra questão que não foi objeto da regulamentação foi o financiamento governamental indireto das atividades privadas com base nos mecanismos de renúncia fiscal. A omissão no tratamento da questão garantiu a sua permanência como uma forma de incentivo à assistência privada. Isso se deu ao mesmo tempo em que se discutia e aprovava, também no Congresso Nacional, a ampliação de recursos para o SUS por meio da Emenda Constitucional 29. O que é outra maneira por meio da qual se expressaram a fragmentação e a ausência de uma política de saúde global capaz de unificar a regulação e a normatização dos dois sistemas de saúde.

A regulação estatal da assistência à saúde privada convive com a responsabilidade estatal pela assistência, embora para clientela diferentes. As duas faces estatais coexistem em um único ministério, apesar das contradições entre ambas, que se expressam em mecanismos institucionais de decisão completamente díspares. Estes, por sua vez, refletem pressupostos políticos também diversos, não só relativos ao papel do Estado como ao da gestão pública. Na gestão do SUS, a participação de representantes da sociedade e dos gestores das diversas instâncias subnacionais de governo é garantida por meio de diversos arranjos institucionais, que permitem não só maior responsabilização do Poder Público, como também a participação no processo decisório. No caso da assistência suplementar, o arranjo institucional de uma agência reguladora dotada de alto grau de autonomia administrativa, decisória e punitiva não considera as instâncias decisórias e gestoras do SUS. A essa não é submetida a ANS, que, em virtude de uma concepção técnica e profissional de responsabilidade, é submetida a mecanismos de responsabilização que seguem, principalmente, a lógica da avaliação de resultados. Em consequência, o Ministério da Saúde, como o espaço institucional de formulação e execução da política de saúde, de forma direta ou indireta por intermédio da ANS, passa a ser a instância reguladora de dois sistemas de assistência à saúde díspares do ponto de vista conceitual e jurídico e com coberturas, clientela e possibilidades de acesso bastante diferenciadas. Um deles, o SUS, fundamentado na concepção do direito à saúde —portanto, de caráter universal e igualitário; e o segundo, baseado na lógica do mercado em que a participação é desigual, embora formalmente livre, sendo os planos de saúde vistos como produtos a serem registrados e controlados quanto à qualidade e ao preço, mas também como quantidade variável de produtos a serem consumidos. A expressão ‘assistência suplementar’, definida no processo regulatório para referir-se aos planos de saúde privados, demarca a diferença em relação à assistência pública e exclui-se a perspectiva de ações complementares, consagrando-se o caráter dual da assistência à saúde herdado do passado e que a criação do SUS não logrou desmontar.

A atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar tem sido voltada para a sistematização de informações; estabelecimento de regras financeiras para o funcionamento das operadoras de planos e seguros de saúde; regulamentação do conteúdo dos contratos e de seu cumprimento; e regulação dos preços dos planos de saúde contratados individualmente (Machado, 2013:54-55). Atualmente, há certa

²³ Em relação ao sistema público, a legislação definiu apenas a obrigatoriedade de ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde de despesas efetuadas pelos seus beneficiários no caso de utilização de serviços da rede pública o que reforça a segmentação das clientela.

percepção de que a regulação feita pela ANS não é efetiva no sentido de estabilizar os preços e garantir a qualidade da cobertura, além de contribuir, de certa forma, para o processo de concentração das operadoras de planos de saúde²⁴. Além de não ser capaz de resolver de forma eficaz os conflitos da ação regulatória, a agência é capturada pelo mercado que deveria fiscalizar²⁵.

5. As consequências do formato institucional público-privado: desigualdades no perfil dos usuários, no acesso a serviços e no financiamento

O formato institucional dual assumido pela assistência à saúde levou à segmentação entre dois grupos básicos de usuários: os cobertos pela assistência privada e os cobertos pela assistência pública. Essa segmentação se sobrepõe a outras, relacionadas principalmente à forma de inserção no mercado de trabalho, uma vez que a introdução e a ampliação da assistência à saúde se deram a partir da relação de trabalho, seja no setor governamental ou no privado. Os níveis de renda e a região do país são também outras variáveis a influir no acesso e cobertura, não tanto de forma direta, mas por estarem associadas ao dinamismo econômico e às características do mercado de trabalho. O SUS é responsável pela grande maioria dos serviços de saúde prestados no país e pela cobertura total de cerca de 75% da população, prioritariamente voltada para os estratos da sociedade submetidos a piores condições de vida, e portanto de saúde, e também para aqueles com renda mais baixa e em ocupações menos valorizadas. Além disso, atende o restante da população para determinados procedimentos —casos em que se caracteriza a situação de dupla cobertura dos cidadãos privilegiados, que contam com a cobertura privada sem deixar de fazer jus ao atendimento público de caráter universal²⁶. Entre esses procedimentos, ressaltam-se o atendimento a emergências, a utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu)²⁷, transfusão de sangue, transplantes, programas de vacinação, ou ainda, como chamou atenção o Ministro da Saúde “os benefícios da Vigilância Sanitária, uma das atribuições ‘invisíveis’ do SUS a que todos têm direito”.

O quadro 1 mostra o percentual de cobertura da população brasileira por planos de saúde que em março de 2013 era de 25,%, mais de 48 milhões de pessoas (ANS, junho/2013). Essa proporção permanece relativamente estável ao longo do tempo, embora se registre significativo crescimento absoluto dos planos de saúde privados. Há grande variação entre as regiões do país, com maior concentração nas regiões mais ricas: Sudeste e Sul. Aproximadamente 44% das pessoas cobertas por planos privados localizam-se nas capitais dos estados, ou seja, cidades maiores e com melhores condições de vida. Isso reflete a trajetória histórica de desenvolvimento da assistência privada, que cresce a partir das grandes empresas localizadas nos centros urbanos das regiões de maior desenvolvimento e maior concentração populacional.

Também como consequência da forma de expansão dos planos privados no Brasil, que se deu a partir do vínculo de trabalho como um benefício estabelecido nas relações de trabalho, 77,6% dos beneficiários faz parte de planos coletivos que são largamente predominantes no Brasil —o que pode justificar o baixo suporte político ao SUS por parte dos trabalhadores organizados. Esse mercado é atualmente operado por 1513 operadoras, com uma receita aproximada de US\$ 47.214.723.587 (ANS, junho/2013), o que significa uma receita média por beneficiário de US\$970²⁸.

²⁴ Como destaca Ocké-Reis (2012), não existe de fato o controle dos preços dos planos de saúde, mas apenas a demarcação de um teto de reajuste dos preços de planos individuais contratados após a legislação que regulamenta a atividade. São excluídos desse processo os planos coletivos que são amplamente dominantes no país.

²⁵ Entre as denúncias mais ácidas desse “cooptação”, destacam-se os textos e depoimentos de Lígia Bahia, ilustrado pelo artigo “Os planos de saúde deitam e rolam”, em co-autoria com Mário Scheffer (<http://www.viomundo.com.br/>, publicado em 25 de julho de 2013).

²⁶ Essas informações são extraídas de enquetes nacionais periodicamente realizadas. Anualmente é realizada a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) e a intervalos de cinco anos é incluído um suplemento saúde nesta pesquisa. Esse suplemento foi inserido em 1998, 2003, 2008 e 2013 (esse ainda não disponível).

²⁷ O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um serviço de atendimento de urgência e emergência médico, realizado em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. O serviço é oferecido pelo governo federal, em parceria com governos estaduais e prefeituras, com a finalidade de prover o atendimento pré-hospitalar à população.

²⁸ Valores convertidos pelo valor de 01/04/2013.

QUADRO 1
TAXA PERCENTUAL DE COBERTURA POR PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E LOCALIZAÇÃO,
SEGUNDO GRANDES REGIÕES. BRASIL - MARÇO/2013

	Região	Capital	Região Metropolitana da Capital	Interior
Centro-Oeste	18,3	29,3	24,2	11,9
Norte	10,9	24,4	22,9	5,0
Nordeste	12,2	32,8	27,2	6,4
Sudeste	38,0	57,5	47,9	31,4
Sul	23,8	49,5	37,1	19,9
Brasil	25,1	43,8	38,3	19,2
Nº	48.645.857			

Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2013 e População - IBGE/DATASUS/2012. Caderno de Informação da Saúde Suplementar – junho/2013.

A cobertura por planos privados apresenta também uma relação com a renda, sendo maior nos estratos maiores de renda, tomando-se como base o salário mínimo nacional (quadro 2):

QUADRO 2
PERCENTUAL DE PESSOAS COM COBERTURA DE PLANOS E SAÚDE, SEGUNDO RENDIMENTO
MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA. BRASIL - 2008

Sem rendimento a 1/4 do salário mínimo (1)	2,3
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	6,4
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	16,1
Mais de 1 a 2 salários mínimos	33,7
Mais de 2 a 3 salários mínimos	54,8
Mais de 3 a 5 salários mínimos	68,8
Mais de 5 salários mínimos	82,5

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Pesquisa em amostra de domicílios, em 2008 (IBGE/PNAD/2008/Suplemento Saúde), apontou que mais da metade dos atendimentos de saúde (56,3%, 15,1 milhões de atendimentos) realizados nas duas últimas semanas anteriores à data de realização da entrevista foram financiados pelo SUS, 26,2% por planos de saúde e 18,7% por meio de pagamento direto. O SUS era também responsável pela maior parte dos atendimentos para puericultura, vacinação e outros tratamentos preventivos (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; IBGE, 2010).

Embora o Brasil tenha um sistema de saúde público universal, os recursos privados alocados na saúde já superam os recursos públicos que atingiram em 2011 a proporção de 45,74% do gasto total com saúde (OMS, apud CONOF/CD, 2013). O gasto total em saúde (público mais privado) no mesmo ano foi de 8,9% do PIB com a seguinte composição: despesas públicas de saúde: 4,07 do PIB e despesas privadas: 4,83%. Na consideração do gasto total, a situação do Brasil não é muito inferior na comparação internacional, entretanto o gasto público é relativamente muito baixo principalmente se comparado com países que tem sistemas universais como o brasileiro²⁹. Se as despesa total per capita em

²⁹ No Canadá essa proporção atinge 70%, no Reino Unido 82,70% , na Espanha 73,6% e na Argentina é de 60,64%. (OMS, apud CONOF/CD, 2013).

saúde atingia o valor de US\$1.120,56, o gasto público correspondia em 2011 a apenas US\$512,54, sendo que deste valor, cerca de 45% corresponde ao gasto federal (SIOPS)³⁰.

Nesse cômputo, porém, não estão incluídos como gastos públicos com saúde os gastos tributários a partir da renúncia fiscal que beneficiam, indiretamente, o mercado de planos de saúde. No Brasil, como já mencionado, as pessoas físicas podem deduzir de sua renda tributável para fins de pagamento de imposto de renda, o total dos gastos realizados com saúde; e os empregadores podem também abater do seu lucro tributável as despesas com saúde com seus empregados³¹. Estudo de Ocké-Reis (2013) analisa os gastos tributários associados ao mercado de planos de saúde a partir do cálculo da renúncia fiscal verificada entre 2003 e 2011 que inclui, além das deduções ligadas a planos de saúde, desonerações fiscais dirigidas à indústria farmacêutica (remédios) e aos hospitais filantrópicos. Sua constatação foi de que apenas em 2011, o gasto tributário em saúde foi de mais de oito bilhões de dólares³² correspondendo a 10,47% do Gasto tributário total e equivalente a 22,5% do gasto público federal em saúde no mesmo ano. Cerca de 50% do total do gasto tributário foi relativo ao gasto com planos de saúde e outras despesas com atendimentos de saúde de pessoas físicas e 18,6% relativos à assistência médica, odontológica e farmacêutica de pessoas jurídicas a seus empregados. Se esses gastos públicos decorrentes da renúncia fiscal fossem computados, o gasto público com saúde superaria o gasto privado, embora não seja direcionado exclusivamente para o setor público. A conclusão do autor é que

“a renúncia da arrecadação fiscal nesse campo induz o crescimento do mercado de planos de saúde, em detrimento do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e, por outro lado, gera uma situação de injustiça, ao favorecer os estratos superiores de renda e certas atividades econômicas lucrativas” (Ocké-Reis, 2013:12).

Essas desigualdades nos gastos, que afetam a oferta potencial de serviços, se refletem em maiores dificuldades de acesso entre os dois grupos: cobertos e não cobertos por planos de saúde. Embora não exista consenso sobre a definição e, conseqüentemente, sobre a mensuração do acesso aos serviços de saúde, entre as maneiras de conceituar o acesso, podem ser consideradas a disponibilidade ou suprimento geral de serviços; as características das pessoas que podem potencialmente suprir-se desses serviços; as medidas de resultados imediatos como taxas de utilização efetiva dos serviços ou a percepção dos consumidores sobre a atenção. De forma mais ampla, pode-se dizer que o acesso remete à possibilidade de utilização dos serviços de saúde, o que está relacionado com a relação entre oferta e demanda. Desequilíbrios na relação oferta/demanda podem gerar graus diferenciados de consumo dos serviços de saúde e, de alguma maneira, as desigualdades no acesso expressam características do sistema de saúde, e as barreiras de acesso estão ligadas ao grau de disponibilidade e distribuição geográfica dos serviços, à disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, aos mecanismos de financiamento, ao modelo assistencial e à informação do sistema, entre outros³³.

As diferenças entre as possibilidades de acesso podem ser inferidas por alguns dados relativos à utilização de serviços e à oferta ou disponibilidade de serviços. Quanto à utilização, a pesquisa por amostra de domicílios apontou proporções muito maiores de realização de consultas médicas e de

³⁰ Por exigência legal e como mecanismo de fiscalização do cumprimento de dispositivo constitucional que define os percentuais mínimos das respectivas receitas a serem alocados em ações e serviços de saúde pelos estados e municípios, essas informações são obrigatoriamente informadas (e disponibilizadas para consulta) no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), criado na década passada. Por essa fonte, é possível conhecer os gastos de todos os entes federados com ações e serviços de saúde públicos.

³¹ A utilização dos dados da Receita Federal, arrecadadora do imposto de renda, relativos a essas deduções apresenta limitações. Estudo mais antigo, feito a partir apenas das declarações de renda dos contribuintes que fizeram em 2001 um tipo de declaração onde é necessária a discriminação de todos os gastos passíveis de deduções, entre eles os gastos com saúde (menos de 40% dos declarantes, mas cuja renda equivale a 70% a renda total e 66% da renda tributável), mostrou: a dedução relativa a despesas médicas foi de cerca de treze bilhões e meio de reais, sendo o item de maior dedução relativa (19% do total das deduções) e beneficiou cerca de três milhões e meio de pessoas, com uma média de R\$ 3.851, 44 por pessoa. A dedução média é progressiva em função dos rendimentos e alcançou R\$7.834,36 entre os declarantes da faixa de renda anual mais alta - acima de 120 mil reais (Ministério da Fazenda – SRF/2002, apud Menicucci, 2003).

³² Cerca de 15.807 bilhões de reais; convertidos ao valor do dólar em dezembro de 2011, esse valor é de US\$ 8.494.276.962.

³³ Sobre o conceito de acesso, ver, entre outros: Donabedian, 2003; Travassos e Matins, 2004; Fabel, 2007; Lewis, Fein e Mechanic, apud Menicucci et al, 2008; Aday e Andersen, 1981; Cohn et al, 1991.

internação entre as pessoas cobertas por planos privados de saúde do que entre os usuários do SUS: 80% e 63%, respectivamente quanto à consulta médica, e 8,2% dos beneficiários de planos de saúde versus 7% dos usuários SUS que estiveram internados (IBGE/PNAD, 2008). Entre as mulheres de 25 anos ou mais, apenas 27% entre as que têm planos de saúde nunca fizeram uma mamografia; esta proporção aumentou para 53% entre as usuárias do SUS. Como não há indícios de que os usuários SUS tenham menores necessidades de saúde —ao contrário, são os que apresentam menores rendas e estão localizados nas regiões menos desenvolvidas—, essas diferenças são indicativas das maiores dificuldades de acesso no SUS.

Em relação à disponibilidade de recursos as diferenças são significativas. O número de leitos de internação por mil habitantes é bem menor para os usuários SUS: se a número de leitos do país é de 2,35 leitos/1000 habitantes, os disponíveis ao SUS são apenas 1,69 - 72% do total (CNES, 2013). Isso reflete o formato institucional da assistência à saúde no Brasil, constituída por dois segmentos, o público e o privado, que compartilham em grande parte a mesma rede de prestadores privados, particularmente no caso da assistência hospitalar e a destinada a procedimentos de maior complexidade. Em função dos menores valores pagos pelo SUS, parte da rede de prestadores pode prescindir do SUS e vender serviços apenas para os planos privados. E as maiores discrepâncias são observadas exatamente nas regiões do país com maior proporção de pessoas cobertas por planos de saúde, ou seja, as regiões Centro-Oeste e Sudeste, nas quais a proporção de leitos disponíveis ao SUS são inferiores à média nacional: apenas 69% e 65% dos leitos das regiões, respectivamente. Na região Nordeste, onde a cobertura de planos de saúde é bem menor, há maior disponibilidade relativa de leitos para o SUS (84% dos leitos da região).

Considerando os equipamentos de saúde de diversos tipos disponíveis no país apenas 19% deles são disponíveis para o SUS, sendo que na região Sudeste essa proporção se reduz para 15% (quadro 3 abaixo). Ao passo que existem 4,70 equipamentos por 100.000hab considerando-se o conjunto da população do Brasil (equipamentos/população total), essa proporção cai para 1,29/1000hab quando se considera apenas os equipamentos disponíveis para os usuários do SUS. Pode-se inferir que os beneficiários de planos privados, embora em número muito menor, tem maior número de equipamentos disponíveis, o que deve se traduzir em maior possibilidade de acesso³⁴.

QUADRO 3
PERCENTUAL DE EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS PARA O SUS POR TIPO E REGIÃO, BRASIL – 2012

Categoria	Região					Brasil
	Centro Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
Equipamentos de Diagnóstico por imagem	30	42	48	26	32	31
Equipamentos de Infraestrutura	17	15	12	14	19	15
Equipamentos de Métodos ópticos	22	29	33	19	26	23
Equipamentos de Métodos gráficos	37	43	45	34	43	37
Equipamentos de Manutenção de vida	13	13	15	8	14	11
Equipamentos de Odontologia	24	49	39	19	24	27
Outros Equipamentos	15	18	17	12	15	14
Total	20	29	26	15	21	19

Fonte: CNES. Consulta realizada em 18/07/2013.

³⁴ Cabe ressaltar que considerando apenas alguns equipamentos de uso mais usual, essas diferenças se tornam pouco significativas (mamógrafo, raio X, tomógrafo, ressonância magnética, ultrassom e equipamento odontológico completo). Isso aponta para a ampliação do acesso pelo SUS a procedimentos mais usuais.

A oferta e qualidade de serviços são afetadas também pela disponibilidade de recursos humanos. A situação é relativamente mais favorável em relação a esse indicador, uma vez que cerca de 71% dos profissionais de saúde de nível superior, entre eles os médicos, atendem SUS no conjunto do país³⁵, percentual que atinge 89% no caso de enfermeiros (DATASUA/CNESS, junho/2013). Mas considerando que o número de cobertura SUS é muito maior, esses dados também apontam para a desigualdade de recursos humanos para o SUS.

Em síntese, a natureza dual —público e privado— do sistema de saúde brasileiro gera e reproduz grandes desigualdades no acesso a serviços de saúde que expressam e também reproduzem grandes desigualdades no financiamento dos dois subsistemas em favor do segmento privado. Esse, embora cubra apenas cerca de 25% da população, tem mais recursos, favorecendo o acesso dessa parte da população que se beneficia ainda da dupla cobertura, na medida em que o caráter universal do SUS não coloca barreiras à utilização de determinados serviços disponíveis prioritariamente na rede pública. Na medida em que essa fatia da população é também a de maior renda e com maior capacidade de organização e defesa de seus interesses, é possível inferir que a natureza dual do sistema de atenção à saúde fragiliza o sistema público do ponto de vista político. Na ausência de desequilíbrios institucionais e políticos, é de esperar uma certa inércia no sentido da reprodução desse padrão desigual.

³⁵ Os dados disponíveis não permitem afirmar que os profissionais que atendem SUS, o façam de forma exclusiva, pois a situação de múltiplos vínculos é comum, particularmente no caso da categoria médica.

II. A operacionalização do sistema público (SUS) no contexto federativo brasileiro

Nesta segunda parte, o foco da análise institucional do SUS se desloca para as características próprias do sistema público, o qual precisa ser entendido a partir da configuração institucional mais ampla do país em função de sua natureza federativa. Para isso, são revisitadas rapidamente as principais características do federalismo de modo geral, e da sua tradução no Brasil. Em seguida, é mostrada a evolução institucional do SUS e do marco regulatório das relações federativas no sentido de definir e redefinir as competências dos entes federativos e as formas de sua articulação, com vistas a garantir os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e igualdade de acesso às ações e serviços de saúde, em contexto de grandes heterogeneidades e de autonomia dos entes federados. Essa análise implica na identificação do desenho institucional do processo decisório do SUS que inclui tanto mecanismos institucionais de pactuação entre os gestores dos diferentes níveis de governo, quanto a definição de instâncias de participação da sociedade na formulação de políticas, gestão e fiscalização do SUS, também nos três níveis de governo.

A. O arranjo federativo brasileiro

Há muitas definições de federalismo e de explicações para seu surgimento e objetivos. Mas todas compartilham a noção de que o federalismo é um sistema baseado em redistribuição de poder e autoridade entre instâncias de governo em que há, assim, difusão de poderes. Nesse sistema, o governo nacional e os governos subnacionais são independentes em sua esfera de ação, embora o grau de autonomia varie significativamente nas diferentes federações. Uma das formas de entender o federalismo é pensá-lo como um processo de distribuição e de redistribuição da autoridade e que remete a um contrato, que por sua vez envolve cooperação e reciprocidade entre os entes federados (Rodden, 2005:17). Constitui-se como uma forma de organização política baseada na divisão de autoridade entre diferentes níveis de governo de tal modo que cada instância possua competências sobre as quais cabe a ela a decisão final (Riker, 1975). Em consequência, é caracterizada pela não-centralização, dado que a autoridade dos entes federados, incluindo os subnacionais, para participar no exercício do poder não pode ser retirada sem o consentimento mútuo e não é uma delegação do ente nacional ou central (Elazar, 1994). Nesse sentido, não-centralização difere-se de processos de descentralização, na qual existe uma

autoridade central com poder para descentralizar ou recentralizar e que pode ocorrer em sistemas unitários. Ou seja, algum grau de descentralização é intrínseco ao federalismo, mas que é independente da disposição nacional para descentralizar.

O arranjo federativo é aquele em que “unidades autônomas racionalmente cedem parte de sua autonomia para obter um bem coletivo de interesse comum” (Arretche, 2005:7). Nesse tipo de arranjo, todavia, certo grau de autonomia regional continua preservado, ou seja, “apesar de um certo grau de centralização caracterizar as formas existentes de federação, todas possuem mecanismos que impedem sua transformação em estado unitário” (Almeida, 2005:32).

Da coexistência, num mesmo território, de distintos níveis de governo decorre o compartilhamento da autoridade política, que impõe, por sua vez, o desafio de conciliar a autonomia das esferas de governo com a necessária interdependência entre elas (Abrúcio, 2005). O federalismo deve, portanto, dar corpo à fórmula clássica de “autogoverno mais governo compartilhado” (*self rule plus shared rule*), enunciada por Elazar (1987). Decorre daí que a busca do equilíbrio entre forças centrífugas (em nome da unidade) e centrípetas (em nome da autonomia) constitui um problema estrutural do federalismo e marca o desenvolvimento de todas as federações. Nessa perspectiva, para Abrúcio (2005:43), um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, entre governos que compartilham a soberania e são ao mesmo tempo autônomos e interdependentes. Esse equilíbrio entre autonomia e independência é essencial ao bom funcionamento de um arranjo federativo.

O sucesso desse pacto federativo requer a cooperação entre os diversos atores envolvidos, o que, por sua vez, implica uma coordenação eficiente entre as diferentes instâncias governamentais, enfrentando o problema da coordenação das ações de níveis de governo autônomo. As relações intergovernamentais devem, assim, ser cooperativas e capazes de solucionar conflitos, em um contexto intrinsecamente conflitivo (Viana *et alii*, 2002).

Mecanismos de parceria aprovados pelos entes federativos, como regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas, respeito mútuo e a negociação no plano intergovernamental, são essenciais para o equilíbrio das formas de cooperação e competição. No arranjo federativo, “as esferas superiores de poder estabelecem relações hierárquicas frente às demais, seja em termos legais, seja em virtude do auxílio e do financiamento às outras unidades governamentais”, embora decisões e responsabilidades sejam compartilhadas (Abrúcio, 2005:43). O governo federal pode ter um papel coordenador e/ou indutor da cooperação, embora sua atuação coordenadora não possa ferir a autonomia e os direitos dos governos subnacionais (Abrúcio, 2005, p.46).

No âmbito de estruturas federativas, a questão da ação coletiva ganha relevância e remete à discussão das condições que propiciam a cooperação entre os entes federados e minimizem a competição, e ao problema da “coordenação intergovernamental, isto é, das formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta” (Abrúcio, 2005:41). Nos termos de Elster (1990), a conduta cooperativa envolve uma ação coletiva, entendida como a escolha por todos ou pela maioria dos indivíduos da linha de ação que, quando escolhida por todos ou pela maioria, conduz ao resultado coletivamente melhor. O problema teórico clássico é explicar por que os indivíduos cooperam. Ou, no caso do federalismo, como fazer os entes federativos cooperarem na busca de objetivos coletivos, particularmente no caso das políticas públicas que raramente se restringem ao um único nível de governo. Em um arranjo federalista, portanto, deve haver incentivos para a cooperação para se solucionar os problemas de ação coletiva.

O Brasil, desde a proclamação da República no final do século XIX, aderiu a um ideal federativo, mas, até a promulgação da Constituição vigente no bojo do processo de democratização do país (1988), o federalismo brasileiro sofreu interregnos em que se tornou meramente formal com a concentração de poder no governo federal durante os períodos autoritários. Atualmente o Brasil é uma república federativa formada pela União, 26 estados, 5570 municípios e o Distrito Federal – capital da República. Os entes federados, inclusive os municípios nesse federalismo *sui generis* de três níveis, têm autonomia político-administrativa, mas caracterizam-se por heterogeneidades estruturais e desigualdades socioeconômicas. Há uma distribuição de competências e atribuições entre União, estados e municípios, mas em muitas áreas a União tem competência privativa de legislar; os estados-membros têm reduzido

escopo e número de competências exclusivas, algumas competências remanescentes e muitas competências concorrentes (União e estados podem legislar) e compartilhadas. O Legislativo federal é bicameral, formado pelo Senado e pela Câmara de Deputados. O primeiro representa as unidades federadas e os interesses federativos, formado pelo método majoritário a partir do princípio da igualdade política e, portanto, por número igual de senadores de cada estado, independente do número de eleitores. A Câmara é constituída pelo sistema de representação proporcional e representa os interesses das maiorias; o número de representantes de cada estado varia em função do número de eleitores, embora com um limite de representantes. Os Legislativos estaduais (Assembleias Legislativas) e municipais (Câmara de Vereadores) são unicamerais.

O federalismo brasileiro, por um lado, é caracterizado por alto grau de descentralização política, fiscal e de competências, particularmente para a execução das políticas sociais. Os municípios são os principais provedores de serviços sociais básicos. Mas há um grande desnível entre as competências administrativas dos municípios e as suas possibilidades financeiras, sendo que a maioria deles depende dos recursos das transferências federais (algumas constitucionais e outras condicionadas) que constituem a sua principal fonte de receita. O Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) constituem-se nos principais mecanismos de transferências constitucionais e tratam-se de formas de transferência fiscal em que a distribuição é proporcional à população e inversamente proporcional à renda, com vistas à redução dos desequilíbrios regionais.

Por outro lado, a Constituição brasileira confere ampla autoridade legislativa à União e limitadas oportunidades institucionais para o veto dos governos subnacionais (Arretche, 2012). A União exerce poderosa influência sobre a agenda e as políticas dos governos subnacionais, particularmente por meio da legislação específica de cada área de política pública. Isso se faz por meio da regulação federal sobre o modo de execução das políticas descentralizadas e pelo poder de gasto da União, superior ao das unidades subnacionais. Por meio de transferências condicionadas de recursos são providos incentivos para o alinhamento dos governos locais às prioridades da agenda federal. Assumindo o argumento de Arretche (2012), no Brasil a alta descentralização fiscal e de competências está associada à limitada autonomia decisória, de tal forma que o formato institucional das relações intergovernamentais tem impacto sobre a margem de autoridade dos governos subnacionais. Ou seja, o federalismo brasileiro é caracterizado por um peso grande do executivo federal.

O compartilhamento de decisões e responsabilidades entre os entes federados coloca o problema da coordenação entre os níveis de governo que pode ser superado por meio de instrumentos de regulação em um regime federativo que se caracteriza por dispersão da autoridade. Isso depende em grande parte dos níveis superiores de governo (Abrucio, 2006; 2005). Decorre daí que o formato das relações intergovernamentais é central para o funcionamento da federação brasileira uma vez que embora autônomos, os entes federados dificilmente podem realizar políticas consistentes sem o apoio do governo federal. Dados os recursos institucionais de que dispõe o governo nacional, como a concentração de autoridade e a maior disponibilidade de recursos financeiros, é possível para a União afetar decisivamente a agenda dos governos subnacionais, “a despeito da descentralização política, fiscal e de competência adotada a partir da Constituição de 1988” (Arretche, 2012:146). Por meio da definição das relações intergovernamentais e de incentivos federais, é possível construir certa homogeneidade das políticas públicas. Além disso, é por meio de desenhos institucionais específicos —que incluem não apenas os dispositivos constitucionais, mas um conjunto maior de regras e instrumentos que moldam as relações entre as esferas de governo (Arretche, 2004)—para cada política pública, entre elas, a política de saúde, é que se torna possível compatibilizar autonomia e interdependência dos entes federativos.

B. A evolução do marco regulatório das relações federativas no SUS

O caso da política de saúde no Brasil oferece um campo fértil para a reflexão tanto teórica quanto prática sobre as condições e as possibilidades de solução dos dilemas federativos. No contexto federativo brasileiro, caracterizado pela autonomia dos entes federativos e ao mesmo tempo por sua interdependência no SUS, é exigida permanente inter-relação entre eles, colocando-se de forma explícita o problema da ação coletiva.

O setor tem desenvolvido uma institucionalidade complexa para lidar com essas questões no processo dinâmico de implementação da política de saúde, particularmente, na tentativa de construção de sistemas regionalizados que envolvem articulação e cooperação entre as instâncias governamentais. Isso se justifica pela própria natureza da atenção à saúde que demanda a gestão de uma rede de serviços diversificada e distribuída em diferentes níveis de complexidade, em geral territorialmente dispersa e atuando em escalas variadas em função do grau de complexidade e da demanda, o que configura a chamada hierarquização da atenção. A gestão da rede serviços em um contexto federativo, associado à descentralização para os níveis regionais e locais de governo, coloca a necessidade de combinar a autonomia dos entes federados e a cooperação entre eles de forma a garantir os preceitos constitucionais de universalidade e integralidade da atenção, compatibilizando a localização territorial das pessoas com a da rede assistencial sob a responsabilidade de gestores diversos. Nessa perspectiva, a função de coordenação é fundamental e, no caso da saúde é assumida, em primeiro lugar, pela União e secundariamente, nas regras institucionais atuais, delega ao nível estadual de governo um papel relevante (Menicucci, 2008; 2013).

Desde sua implantação, na década de 90 do século passado, até recentemente, tem havido uma evolução do marco regulatório das relações federativas no SUS com vistas a seu aprimoramento, podendo ser identificados três momentos principais nesse processo: 1) a implantação na década de noventa com foco no processo de descentralização da execução das ações de saúde para os municípios; 2) a primeira década do século XXI, com a tentativa de implementação da diretriz da regionalização prevista na Constituição, mas de difícil concretização; e 3) as mudanças recentes no contexto do governo atual da presidenta Dilma Rousseff, que enfatizam a construção de pactos federativos para a construção de redes de atenção temáticas resolutivas.

1. A configuração das relações federativas na década de 90: ênfase na municipalização

O SUS foi criado como um pacto federativo assentado em uma clara concepção de cooperação entre as três esferas de governo (Viana, *et. alii.* 2002). Para favorecer as relações cooperativas, através da criação de incentivos adequados à transferência de responsabilidades e do combate às relações competitivas e predatórias entre União estados e municípios, foram criados mecanismos como os instrumentos de regulação do sistema e que envolveram diretamente a organização dos atores e a interação entre os mesmos. Nesse arranjo cooperativo, o governo federal ocupa posição central, pois detém o controle do processo decisório, define o formato da cooperação e a destinação dos recursos transferidos; enquanto que os municípios são os executores e gestores dessa política (Arretche, 2012; Menicucci, 2008;2013).

Cabem à União a normalização e a coordenação geral do sistema de saúde no âmbito nacional, incluindo a coordenação das ações intergovernamentais, com a participação dos municípios e estados por meio da Comissão Intergestores Tripartite. O principal lócus institucional de definição operacional da política é o Executivo federal, especificamente o Ministério da Saúde, que tem um poderoso mecanismo institucional de coordenação que é a maior disponibilidade de recursos, apesar de o financiamento da saúde ser responsabilidade de todos os entes federativos nos termos definidos na Constituição. Embora em termos relativos seja declinante a proporção do financiamento da saúde a cargo do governo federal, ela é ainda muito relevante (em torno de 40% para o conjunto do país), Como

grande parte dos municípios brasileiros tem baixa capacidade de gasto, a participação da União se torna bastante relevante, sem a qual a assistência se inviabilizaria³⁶. Ao Ministério da Saúde cabe desde a criação do SUS a regulamentação do processo de descentralização de responsabilidades e funções para os municípios e estados brasileiros a partir da diretriz estabelecida na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), ou seja: descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

A direção única é exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. Há um conjunto grande de atribuições comuns aos três entes federados. Às esferas estaduais cabe acompanhar, avaliar e controlar as redes hierarquizadas do Sistema de saúde na sua região e exercer, em caráter suplementar, ações e serviços em áreas específicas. É responsabilidade dos gestores estaduais o planejamento do sistema estadual regionalizado e o desenvolvimento de cooperação técnica e financeira com os municípios. Aos municípios cabe o planejamento, organização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito local. É papel do gestor municipal a gestão do sistema de saúde em seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços de saúde e a regulação dos prestadores privados.

Como foros de negociação e pactuação entre gestores em relação aos aspectos operacionais do SUS, são definidas as Comissões Intergestores Bipartite (formada por representantes dos secretários municipais e do estado) e Tripartite (formada por representantes dos gestores das três esferas de governo). O objetivo dessas comissões é decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS; definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. Em suma, as comissões intergestores estão relacionadas com a necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, promovendo o debate e a negociação entre os entes federados no processo de formulação e implementação da política de saúde. Recentemente foram criadas as Comissões Intergestores Regionais para atuarem nos espaços regionais de saúde e compostas por todos os secretários municipais da região e por representantes da gestão estadual.

As entidades representativas dos secretários de saúde - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) - são reconhecidas como representativas dos entes estaduais e municipais e, recentemente, foram autorizadas a receber recursos do orçamento da União para auxílio no custeio de suas despesas operacionais (Lei 12.666/2011). O Conass e o Conasems é que indicam os representantes dos secretários estaduais e municipais, respectivamente, para fazer parte da Comissão Tripartite. Por sua vez, a Comissão Bipartite é implantada em cada estado e formada paritariamente por representantes do governo estadual indicados pelo secretário estadual e por representantes dos secretários municipais de saúde, indicados pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de cada estado. Para estimular o debate e a negociação, o processo decisório nas comissões se dá por consenso, sendo vedada a utilização do voto.

Mas o principal mecanismo de regulação do SUS e que define a natureza das relações intergovernamentais é a distribuição dos recursos para o custeio do sistema de saúde. O governo federal, enquanto ainda responsável pela maior parte do financiamento do SUS tem um mecanismo importante para alinhar as decisões dos governos subnacionais às prioridades nacionais que são as transferências condicionadas. Parte dos recursos federais é transferida sob a forma de incentivos para a adesão a programas ou ações definidos nacionalmente, mesmo que pactuados na CIT. Como essa normatização é

³⁶ Apenas a título de ilustração da diversidade na importância relativa dos recursos da União para o financiamento dos municípios, dados do SIOPS para 2010 mostram que o gasto em ações de saúde pelos municípios do Estado de São Paulo, o mais rico do Brasil, atingiam o valor R\$ 320,58 per capita ao passo que para os municípios do Estado do Pará, na região Norte do país, esse valor cai para R\$103,39. Nesse último caso, a dependência dos recursos federais é muito maior.

feita pelo Ministério da Saúde, esse concentra grande poder no caso da política de saúde, direcionando o formato da assistência.

O repasse “fundo a fundo”, ou seja, de um fundo específico de saúde para outro fundo de saúde, é a modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores dos três níveis de governo (Ministério da Saúde, 2006). O financiamento de custeio com recursos federais é organizado e transferido em blocos de recursos. Esses variaram ao longo do tempo e atualmente são: Atenção básica, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS. Mas parte desses recursos são transferências condicionadas e dependem da adesão a programas e prioridades definidas nacionalmente. Por exemplo, os recursos federais do Bloco Financeiro da Atenção Básica são divididos em dois componentes: Piso da Atenção Básica (transferido mensalmente, de forma regular e automática) e Piso da Atenção Básica Variável, destinado ao custeio de estratégias específicas e transferido ao Município que aderir e implementá-las³⁷.

O papel das comissões intergestores é, contudo, muito relevante na definição dos limites financeiros relativos ao custeio dos procedimentos de média e alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Esses devem ser pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (definição dos tetos dos estados) e na Comissão Bipartite (para os municípios de cada estado).

2. O desenho institucional para a regionalização no século XXI: coordenação e cooperação

Embora desde a Constituição esteja prevista a criação de uma “rede regionalizada e hierarquizada” de ações e serviços (artigo 198) para enfrentar o fato de que muitas das questões de saúde não podem ser resolvidas no âmbito municipal, a regionalização tem-se mostrado de difícil concretização.

“A regionalização e a hierarquização exigem que os usuários sejam encaminhados para unidades mais complexas do sistema quando necessário e que possam retornar à sua unidade de origem (correspondente a um nível mais básico do sistema) para acompanhamento (mecanismo de referência e contra-referência). Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitalares, postos de saúde, unidades públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados. A articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços do SUS que transcenda o espaço político-administrativo de um município ou estado é uma questão bastante complexa e esbarra em uma série de dificuldades políticas e operacionais” (Noronha, Lima, Machado, 2008:441).

O aparato institucional do SUS montado na década de 90 foi bem sucedido no sentido de viabilizar a descentralização, mas não conseguiu efetivar a regionalização³⁸. Ao contrário, as regras da descentralização, particularmente as relativas à transferência de recursos, atuaram no sentido de dificultá-la ao supervalorizar o papel do Município como prestador dos serviços de saúde, ao lado de uma subvalorização do papel dos Estados como instâncias de organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle. Os problemas e desequilíbrios na prática do arranjo institucional do SUS acabou produzindo o que se denominou como “municipalismo autárquico”, no qual ao invés de

³⁷ Entre as transferências condicionadas destacam-se: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Compensação de especificidades regionais, Fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas, Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário. A mesma lógica de transferência se reproduz no financiamento da assistência farmacêutica que também tem uma parte variável que só será transferida ao município ou estado, na medida em que este implementa e organiza os serviços previstos por Programas específicos, como; Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Outros exemplos de incentivos federais atuais por meio de programas específicos são: incentivos para premiar a melhoria da qualidade da atenção básica; incentivo para implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; incentivo para estimular a qualificação dos serviços prestados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA24h), aumentando os valores repassados de custeio, que podem até dobrar para as UPAS que se adequem aos critérios de qualificação dos serviços; custeio para a ampliação e a qualificação da assistência de emergência no sentido de ampliar o número de cirurgias, melhorar o atendimento e reduzir o tempo de espera por atendimento no SUS; e) incentivo para qualificar a rede de assistência à mulher e ao bebê por meio da Rede Cegonha e outras redes definidas como prioritárias.

³⁸ A esse respeito ver, entre outros: Fortes (2008); Levcovitz et al. (2001); Médici (1996); Mendes (1998); Menicucci (2005).

uma visão cooperativa, os municípios concorrem entre si pelo dinheiro público de outros níveis de governo, lutam predatoriamente por investimentos privados e, muitas vezes, repassam custos a outros entes (Abrucio, 2005:48-49; Mendes, 1998, 2004, 2009).

“A partir de 2001, normatizações e ações voltadas para a organização regionalizada do setor saúde têm como um de seus objetivos justamente corrigir as distorções do municipalismo autárquico, com vistas a substituir a atitude de competição intermunicipal pela cooperação intermunicipal e com as Secretarias Estaduais de Saúde, a quem cabe o planejamento e coordenação do processo de regionalização. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas 2001e 2002) instituiu mecanismos de fortalecimento da gestão estadual atribuindo às secretarias estaduais a responsabilidade pela coordenação e pactuação, com vistas à organização de redes de assistência resolutivas. Com essa Norma buscou-se oferecer meios para integrar sistemas municipais de saúde e a superação da segmentação de ordem geográfica, com vistas a superar as barreiras e os diferenciais de acesso entre cidadãos de diferentes localidades” (Machado, 2009:106).

Para ordenar o processo de regionalização foram estabelecidos regras e instrumentos, como:

- *Plano Diretor de Regionalização (PDR)*, a ser elaborado pelas secretarias estaduais, como instrumento de ordenamento do processo a partir da organização dos territórios estaduais em regiões e microrregiões; da estruturação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde em qualquer nível de atenção, de acordo com suas necessidades e o mais próximo possível de sua residência - diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores. A Região de Saúde foi definida como a base territorial de planejamento, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado. Foi definido o Município-pólo, entendido como aquele que apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção (Brasil, 2001).
- *Programação Pactuada Integrada (PPI)* para promover a articulação dos níveis assistenciais e a organização de um sistema de referência e contra-referência de forma a garantir o acesso da população aos serviços inexistentes em seu município. A PPI pode ser vista como um instrumento de planejamento físico-orçamentário dos serviços de saúde no âmbito estadual, consubstanciando-se em um *pacto solidário entre os gestores*, levando em conta a regionalização formalizada no PDR e que busca consolidar o papel do nível estadual de governo na coordenação da política estadual, promovendo a integração dos sistemas municipais (Ministério da Saúde, 2001).
- *Plano Diretor de Investimento (PDI)*: um componente do PDR para definir os investimentos necessários a partir das necessidades identificadas.

Embora esses instrumentos tenham dado início a um esforço de integração federativa, eles foram pouco eficazes no sentido de articular as redes regionais, romper com a fragmentação, decorrente do processo de municipalização, e de construir um verdadeiro sistema de saúde, levando à sua reformulação, em 2006, por meio do *Pacto Pela Saúde* (PT Nº 399/GM/2006), constituído de três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS³⁹. Especificamente o *Pacto pela Gestão do SUS* traz alterações nas regras com vistas a reforçar a estratégia da regionalização ao buscar estabelecer mais claramente as responsabilidades de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da denominada “*gestão*

³⁹ O *Pacto pela Vida* é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira; o *Pacto em defesa do SUS* envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado e sua concretização passa por um movimento de repolitização da saúde com uma estratégia de mobilização social que envolve o conjunto da sociedade brasileira e se vincula ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania e tem o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

compartilhada e solidária do SUS". Em relação à legislação anterior, esse documento radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios e aprofunda a *territorialização da saúde* como base para a organização dos sistemas regionais.

A denominação da norma expressa o ponto nodal da questão federativa, particularmente no caso da assistência à saúde: a necessidade de pactuação entre os entes federados. Como mecanismos de Gestão Regional e para criar arenas de pactuação institucionalizadas, com vistas a resolver os problemas da ação coletiva, institui os *colegiados de gestão regional* formados pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do gestor estadual. Esses colegiados são assim entendidos como espaços permanentes de pactuação, co-gestão solidária e cooperativa, e de decisão, devendo suas decisões serem sempre consensuais. Define ainda a formalização dos acordos intergovernamentais em um Termo de Compromisso de Gestão.

O Pacto reitera o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) como os principais instrumentos de planejamento da regionalização. No que concerne ao financiamento, os repasses federais permanecem sendo efetivados mediante adesão ao programa, preservando o caráter indutor das transferências e o poder regulatório do Ministério da Saúde (Lima e Queiroz, 2012:238).

O Decreto presidencial 7.508 de 28/06/2011, norma hierarquicamente superior às regulamentações anteriores que eram sob a forma de portarias ministeriais, consolida processos em curso no movimento de implantação do SUS e tem como foco principal as relações federativas ao buscar assegurar o compromisso dos entes federados com a assistência à saúde integral e de qualidade. Esse decreto explicita conceitos como a regionalização, a integralidade, as redes de serviço e sua forma organizativa, que pressupõe uma gestão compartilhada entre os entes federados.

Com vistas à tornar os compromissos entre os gestores mais efetivos, o Decreto torna claras as responsabilidades sanitárias dos entes federados sobre a oferta e organização das ações e serviços, por meio de um contrato jurídico (Contrato Organizativo da Ação Pública - COAP) que visa organizar de maneira compartilhada ações, funções e serviços de saúde. Enquanto um acordo multilateral, em princípio, obriga os entes signatários ao seu cumprimento sob pena de as cláusulas penais serem executadas e, desta forma, acredita-se que garanta maior segurança jurídica aos acordos federativos. Para isso, prevê o monitoramento, avaliação, controle e fiscalização da gestão do contrato e a aferição do desempenho no tocante à garantia de acesso às ações e serviços a partir de indicadores definidos nacionalmente⁴⁰.

A ênfase na estruturação das relações federativas no âmbito do SUS e na definição de regras e instrumentos que favoreçam a construção de acordos entre os gestores dos três níveis de governo se expressa na aprovação de outro dispositivo legal - a Lei 12.666/2011 que reconhece e institucionaliza a competência deliberativa das comissões intergestores no âmbito do SUS enquanto espaços de coordenação federativa. Além das comissões intergestores tripartite e bipartite (CIT e CIB), estabelece a Comissão Intergestores Regional (CIR), que substitui o colegiado de gestão regional, criado anteriormente no âmbito do Pacto da Saúde, e altera o seu status legal, ampliando suas competências. As CIT, CIB e CIR passam a ser reconhecidas como instâncias de decisão do SUS e não apenas como fóruns de entes federativos, e suas decisões passam a ser publicadas pela própria instância federativa. Com seu reconhecimento legal essas decisões passam a ter validade jurídica, desde que não ultrapassem o seu campo de competência. Dessa forma, essa legislação formaliza o reconhecimento da importância da articulação federativa na garantia do direito à saúde e da integralidade da assistência à saúde e altera o estatuto legal dos fóruns de articulação.

A ideia de que o arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, entre governos que compartilham a soberania em um dado território permite iluminar as questões que o arranjo institucional do SUS deve responder tendo em vista o objetivo de construir sistemas regionalizados. Isso porque os municípios são entes autônomos, mas compartilham a soberania com o nível estadual de governo

⁴⁰ O COAP é assinado por região de saúde, firmado com todos os prefeitos e secretários municipais de Saúde, do governador e secretários estaduais de Saúde e pelo ministro da Saúde (Portal da saúde, acesso em 22/01/2014).

e ainda com a União. E no caso da saúde, como na maioria das situações, apesar de autônomos, são também interdependentes, ou seja, as redes de atenção à saúde, necessárias para garantir o acesso aos moradores de um determinado município, extrapolam os limites territoriais da grande maioria dos municípios em função da necessidade de ganhos de escala. O estabelecimento de parcerias entre municípios, que remete à ideia de relações horizontais e não hierárquicas ou baseadas na autoridade, torna-se a única alternativa para a garantia de assistência integral. A noção de um pacto entre gestores reflete essa ideia, sendo atualmente esse termo estabelecido nos últimos dispositivos normativos do SUS.

Mas, mesmo quando todos tendem a ganhar com a cooperação, ela não está garantida, uma vez que nesse caso o ganho de cada município depende das escolhas de todos. Para tanto, há necessidade de coordenação que, em alguma medida, implica formas de centralização de decisões, mas que não podem ferir a autonomia dos entes federados. Nesse contexto, é imprescindível a definição de regras relativas à repartição de recursos e de atribuições, aos formatos decisórios, mas também que estabeleçam mecanismos de cooperação bem como mecanismos de *enforcement*. Nesse sentido, então, a regionalização é um processo que tem como objetivo solucionar o problema da ação coletiva na área da Saúde, criando mecanismos que desestimulem a concorrência predatória entre os municípios e que possibilitem e incentivem a solidariedade e a cooperação entre os entes federados em prol do interesse comum e de todos.

É possível dizer que o arranjo desenhado para a regionalização favorece a cooperação, ou a ação coletiva, na medida em que são especificadas, ainda que com lacunas, as atribuições de cada nível de governo, estabelecendo-se certa hierarquização entre eles. Na medida em que essa definição é feita nacionalmente, pode-se pensar que há certo cerceamento da autonomia dos entes subnacionais de governo, mas como o governo federal dispõe de recursos institucionais significativos, particularmente o poder normativo e a posse da maior parte dos recursos para o financiamento do SUS, isso lhe permite, ainda que em tese, atuar como indutor da cooperação e de maior igualdade. Incentivos seletivos também são concedidos, sob a forma de recursos condicionados à realização de determinadas ações, que interferem nas escolhas dos municípios e induzem à cooperação ao mesmo tempo em que favorecem a homogeneização das políticas no território nacional.

Ao se delegar ao governo estadual responsabilidades claras na configuração do sistema de saúde estadual, sendo responsável, por exemplo pela elaboração do PDR e pela coordenação da PPI, as regras institucionais estabelecem uma terceira parte na relação entre municípios, possibilitando também o exercício da coordenação.

A definição de instrumentos como o PDR, que define o espaço territorial da cooperação, e a PPI, que em tese formaliza o pacto entre os gestores, também pode criar condições favoráveis para o acordo caso efetivamente seja elaborada de forma conjunta. Os pactos posteriores buscam o mesmo objetivo e recentemente, o Contrato Organizativo da Ação Pública é uma tentativa de criar mecanismos de *enforcement* para o cumprimento dos acordos entre entes federados.

A criação de “arenas federativas”, assim podendo ser consideradas as instâncias de pactuação de âmbito micro e macro regional, com a participação de todos os municípios, pode ser um mecanismo para forçar os atores a compartilhar decisões e tarefas e ainda favorecer uma conduta baseada na negociação. Decorre daí, um potencial para a geração de um equilíbrio entre cooperação e competição entre os municípios. Além disso, a criação dessas instâncias, ao propiciar um jogo que se repete regularmente, permitindo que os gestores municipais se encontrem de forma frequente e programada, possibilita aumentar a informação disponível para os participantes e permite-lhes agir estrategicamente, favorecendo a cooperação⁴¹. Nesse caso, o arranjo proposto tem potencial de fazer com que a cooperação possa se tornar estável.

⁴¹ Algumas teorias da ação coletiva que utilizam a teoria dos jogos sugerem que em situações em que o jogo se repete ou quando os indivíduos têm a possibilidade suficientemente grande de se encontrar, é possível a cooperação. Para Taylor (1987) quando se joga repetidamente, a participação de um depende do que façam os demais. Os membros de um grupo podem aprender a colaborar, desde que todos cooperem, ou seja, em situação em que se siga uma estratégia condicionalmente cooperativa, baseada na reciprocidade

Outra característica do desenho institucional de regionalização é a atribuição da responsabilidade da regulação das referências intermunicipais aos gestores municipais. Essa regulação se articula com as centrais de regulação —municipais e estaduais— que controlam o acesso dos usuários aos prestadores de serviço. De acordo com as instruções normativas, esse acesso deve obedecer aos pactos formalizados entre gestores e que se traduzem na distribuição de recursos entre os municípios a partir dos compromissos assumidos quanto à prestação da assistência à saúde.

Enfim, o arranjo institucional desenhado para a regionalização define mecanismos que visam favorecer a cooperação ao especificar as atribuições de cada nível de governo; definir as relações intergovernamentais; e criar instrumentos de gestão capazes de garantir a coordenação por parte do nível estadual de governo e constituir arenas federativas para pactuação, com efeitos também de redução da assimetria informacional entre os atores; embora seja menos capaz de impor alguma forma de coerção no caso de deserção, ou seja, ausência de cooperação ou não cumprimentos dos pactos. A implantação do COAP, ainda em discussão, pode ser um avanço nesse sentido.

3. Dificuldades políticos-institucionais para a efetivação dos pactos federativos

Entretanto, se as regras circunscrevem o jogo, elas não eliminam os jogadores. Expressão das dificuldades na construção das redes regionais de atenção à saúde é a própria dinâmica das regras institucionais com vistas a superar as dificuldades para a construção da assistência à saúde com foco em territórios que extrapolam os limites administrativo-políticos dos entes federados. Estudos empíricos (Menicucci, 2008; 2013) apontam que o arranjo institucional não tem garantido o êxito da regionalização que é afetado pelo contexto e pelo comportamento dos atores regionais e locais. Ou seja, mesmo que a União regule o processo e defina incentivos com vistas a buscar o alinhamento dos entes federados às diretrizes nacionais, os resultados não são uniformes em função, principalmente dos seguintes fatores:

- 1) A regionalização depende da atuação do nível estadual de governo no sentido de assumir o papel de coordenador do processo, tanto executando as ações definidas no arcabouço institucional/legal quanto definindo incentivos ao comportamento cooperativo dos municípios.
- 2) Fatores contextuais como a existência ou não de identidades regionais e as disputas políticas locais, que configuram o contexto da ação, tem efeitos sobre o processo de regionalização ao afetar a construção dos pactos. Ou seja, em contextos caracterizados por forte identidade regional a cooperação tende a ser mais fácil; em contextos caracterizados por fortes clivagens políticas intrarregionais a cooperação é dificultada mesmo em situação em que todos tendem a ganhar com a cooperação intermunicipal.
- 3) Fatores locais de natureza estrutural como a disponibilidade de recursos financeiros e humanos, bem como a capacidade de produção de serviços, também podem afetar a construção e o cumprimento dos pactos e a constituição de redes regionalizadas. Em condição de desigualdade dos participantes, a cooperação é também dificultada em função da clivagem entre municípios compradores e exportadores de serviços o que torna a relação entre eles bastante assimétrica.

Pesquisa que buscou analisar o grau de efetivação do processo de regionalização da assistência à saúde no país em uma amostra de estados apontou grande variação entre os estados (e entre as regiões de saúde dos estados) quanto ao grau em que a população tem acesso à atenção à saúde o mais perto de sua residência nos três níveis de complexidade: atenção básica e atenção de média e alta complexidade (Menicucci et al, 2013). Isso significa que os espaços regionais não conseguem suprir a demanda dos seus habitantes, particularmente no caso da atenção hospitalar e ou de maior complexidade. Na maioria dos estados pesquisados, os atendimentos tendem ainda a se concentrar nas respectivas capitais.

(Axelrod, 1984). A cooperação recíproca pode ser coletivamente estável, pois é capaz de defender o grupo de estratégias menos cooperativas.

Curioso é que ao mesmo tempo em que as normas nacionais impactam a ação dos níveis regionais de governo – todos de alguma forma buscam operacionalizar as normas, mesmo que às vezes de forma um pouco formalista -, elas não são observadas de forma uniforme e ou efetiva. Ou seja, se o arranjo desenhado para a regionalização em princípio favorece a cooperação, ela não a garante em função de sua tradução específica em cada estado. Na maioria dos estados pesquisados apenas recentemente o governo estadual assumiu de forma mais sistemática a alavancagem do processo de regionalização. Alguns dos principais instrumentos previstos, como a PPI e o PDR são implantados formalisticamente e não funcionam para orientação da regulação ou dos fluxos de atendimento dentro do sistema de saúde, mas apenas para a decisão dos tetos financeiros municipais e para a definição da necessidade de contratação de serviços. O PDI, que em princípios resolveria o problema da oferta de serviços e de preenchimento dos vazios assistenciais, não foi elaborado em praticamente todos os estados.

A criação dos fóruns regionais —CGR e CIR— parece ter efeitos significativos no processo ao forçar a aproximação estado/municípios e município/município; aumentar a informação e a transparência; implicar melhor os municípios, particularmente aqueles com maior capacidade de prestação de serviços; ter efeitos educativos no exercício do debate, da pactuação e, pelo menos de forma ainda incipiente, no exercício do planejamento. Se a existência de identidades regionais prévias não foi relevante na territorialização da assistência, os recortes regionais após o início do processo de regionalização têm favorecido a construção de identidades regionais. Essas, quando existem, favorecem o processo e podem contrabalançar as disputas político-partidárias que causam tensionamentos no processo de regionalização, tanto no nível horizontal (entre municípios) quanto no vertical (estado/municípios).

De modo geral, entretanto, mesmo que ainda incipiente, ao que parece o processo de regionalização tem um efeito educativo e de conscientização da necessidade de cooperação entre municípios e contribui para o aprendizado do estado no sentido de assumir seu papel de coordenação, pactuação, regulação e de negociação.

Em relação à influência de fatores locais de natureza estrutural —como a disponibilidade de recursos financeiros e humanos, bem como a capacidade de produção de serviços— sobre a constituição de redes de atenção regionalizadas, os resultados não são conclusivos, mas na maioria dos casos, há certa relação entre a capacidade financeira do estado e o nível de regionalização, mas esse fator pode ser contrabalançado pela ação estadual —positiva ou negativa. As desigualdades entre as regiões de saúde são acentuadas tanto em relação aos recursos humanos quanto ao número de leitos disponíveis ao SUS. A grande maioria das regiões tem índices baixos nesses dois indicadores que são uma condição para a capacidade de prestar serviços para o SUS. Ou seja, há necessidade de maiores investimentos tendo como foco os territórios de saúde.

Dificuldades de custeio também podem inviabilizar o cumprimento dos pactos na medida em que o custo das metas físicas pactuadas entre os municípios superam as metas financeiras pactuadas. Os municípios polos têm dificuldades para funcionar como tal em função de sua incapacidade de prestar os serviços. Mas, além disso, em função da prática corrente de os municípios serem compelidos a complementar com recursos próprios as tabelas SUS no pagamento dos prestadores de serviços, gera-se uma situação em que eles, agindo racionalmente e em benefício de seus munícipes, não aceitam fazer essa complementação para os procedimentos realizados por usuários referenciados de outros municípios, gerando uma baixa oferta para esses últimos e tornando a cooperação bastante incerta.

Em suma, a regionalização é ainda frágil e vários fatores afetam o processo. Entre eles, sobressaem a falta de serviços disponíveis, seja por sua inexistência ou por sua indisponibilidade para o SUS, principalmente em função da não aceitação da tabela SUS pelos prestadores privados⁴². Esse problema se associa ao problema mais estrutural que é o sub-financiamento que gera a baixa oferta e o não acesso aos serviços de saúde, gerando maior responsabilidade para o nível estadual de governo no

⁴² As tabelas de serviços são definidas nacionalmente, mas os gestores estaduais e municipais tem a prerrogativa de complementá-las com recursos próprios. Essa é uma prática usual para viabilizar os atendimentos, mas funciona contra a possibilidade de cooperação entre municípios e é mais factível quando assumida pelo nível estadual de governo.

sentido de garantir a constituição e funcionamento da rede de serviços no âmbito do estado. Embora haja uma percepção de que os municípios têm evoluído na percepção sobre a necessidade de cooperação entre eles, muitas vezes essa é afetada pelas disputas localistas, além de que as disputas são mais acirradas quando está em jogo a alocação de recursos próprios.

O processo constante de reformulação das diretrizes normativas do SUS indica tanto um processo de aprimoramento quanto uma necessidade de reformulações a partir de avaliações dos resultados obtidos. A regionalização ou a territorialização da assistência à saúde continua sendo um desafio para o SUS.

4. A proposta de reorganizar o SUS e o modelo de atenção: as redes de atenção

Uma inovação recente do ponto de vista micro organizacional é a estratégia de reorganização do SUS por meio da constituição de *redes temáticas de atenção à saúde*.

A noção de redes remete à ideia de um sistema integrado a partir de regiões de saúde e define o fluxo do cidadão dentre os serviços de saúde, garantindo a integralidade da atenção e tendo como porta de entrada a atenção primária vista como prioritária. O objetivo de implantação das redes de atenção é assegurar ao usuário do SUS o conjunto de ações e serviços de que necessita de forma efetiva, integral e humanizada a partir da articulação e integração no âmbito do SUS de todos os equipamentos de saúde (Magalhães Júnior, S/D).

A proposta de construção das redes pressupõe o estabelecimento de contratos de ação pública, previstos no Decreto 7.508/11 na forma de um termo de adesão em que os entes federados se comprometem com determinadas ações. A estruturação das redes conta com aporte de recursos da União para cofinanciamento junto com estados e municípios para investimentos em construção, aquisição de equipamentos e custeio. O Ministério da Saúde está priorizando a construção de três redes temáticas: Materno-infantil, Urgência e Emergência e Enfrentamento do Crack, Álcool e outras Drogas⁴³. A primeira delas, que recebeu o nome de *Rede Cegonha*, foi definida como prioridade pela presidenta da república e lançada em março de 2011. Na sua concepção, deve ser uma forma de organização dos serviços que possibilite o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde. Deve contar ainda com um sistema de apoio, um sistema logístico (que inclui o transporte sanitário e a regulação) e a “governança da rede”.

Outra rede priorizada pelo governo é a *Redes de atenção às urgências*, (Rede Saúde Toda Hora) avaliada como um ponto de estrangulamento e reflexo da ineficiência do sistema de atenção à saúde em todos os seus níveis. Essas redes visam a formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção, desde a Atenção Primária e incluindo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), as Unidades de Pronto-Atendimento (estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as portas de urgência dos hospitais), a atenção hospitalar e até a domiciliar. A proposta se articula, por um lado, a um programa de investimentos em grandes hospitais com vistas a melhorar os atendimentos emergenciais. E, de outro, a um programa que foca a atenção domiciliar com objetivo de reduzir a quantidade de atendimentos diretos nos hospitais, transferindo para o atendimento domiciliar os cuidados com pacientes que não apresentam necessidade de internação (Ministério da Saúde).

Buscando efetivar promessa de campanha presidencial, outra rede temática priorizada é a *Rede de atenção psicossocial*. Votada prioritariamente para usuário de crack, se articula a um plano conjunto com outros ministérios para combater o uso desta e outras drogas, bem como oferecer, no SUS, estruturas para acolher os usuários de droga e promover a sua recuperação por meio de ações integradas entre diferentes áreas do governo federal.

Faz parte da proposta de articulação da rede com vistas à integralidade a instalação de *Equipes de Consultório na Rua*, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e

⁴³ Cada uma tem um território de atuação específico, sendo iniciadas prioritariamente em nove regiões metropolitanas: Manaus, Recife, RIDE/DF, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Campinas, Curitiba e Porto Alegre.

prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à rede de atenção. As equipes deverão realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

Nessa proposta em construção, a intencionalidade é integrar pontos de atenção isolados uns dos outros, de atuação considerada ineficiente, e estabelecer a integração dos serviços. A proposta de redes está movimentando estados e municípios, em grande parte em função dos incentivos que vêm atrelados ao processo de sua implementação, mas também pelo poder normativo da União na saúde que lhe permite definir as regras do jogo. Embora se insira na proposta de regionalização, para alguns críticos as redes temáticas fragmentam a atenção e ferem os objetivos de desenvolvimento dos territórios de saúde autossuficientes.

C. A participação da sociedade no SUS: Conferências e Conselhos de Saúde nos três níveis de governo

Completam o arranjo institucional do SUS, as instâncias colegiadas que propiciam a participação da sociedade na definição das diretrizes e no processo decisório do sistema público: conferências e conselhos, previstos para os três níveis de governo.

Desde a década de 90, têm se desenvolvido no Brasil inúmeras experiências participativas em várias áreas e em diversos momentos do ciclo das políticas públicas (formulação, implementação e avaliação), e em todos os níveis de gestão (federal, estadual e municipal), embora de forma mais acentuada no nível local. Na área da saúde essa disseminação ocorreu de forma precoce, o que se explica tanto por ter sido uma reivindicação da sociedade no bojo do movimento pela reforma sanitária, como por ter se tornado uma exigência legal ao ser incorporada ao desenho institucional do sistema de saúde. Em consequência, o nível de envolvimento de atores estatais e sociais com o funcionamento desses mecanismos de participação foi mais acentuado na saúde do que em outras áreas (Côrtes, 2003).

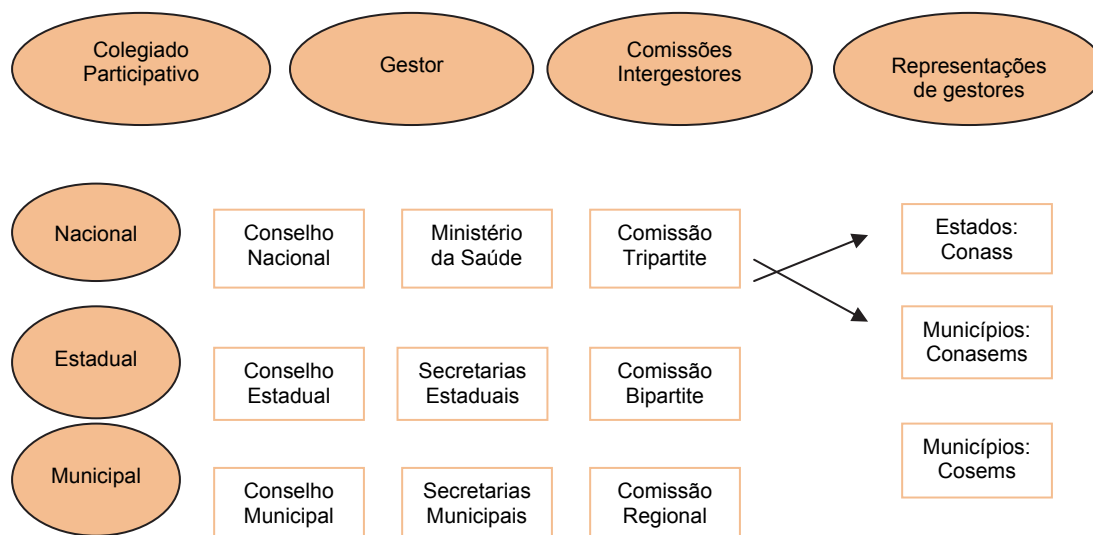
Desta forma, a configuração institucional do SUS em relação às suas instâncias decisórias e a estrutura de gestão inclui tanto instâncias de articulação entre os gestores dos diferentes níveis de governo da federação brasileira: a Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, dos secretários estaduais e dos secretários municipais de saúde); a Comissão Intergestores Bipartite (uma para cada Estado da Federação e composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e representantes dos secretários municipais de saúde do respectivo Estado); a Comissão Intergestores Regional (composta pelos secretários municipais de saúde da região e por representantes da secretaria estadual de saúde) quanto instâncias colegiadas de participação da sociedade na gestão (conselhos de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal) e na avaliação e elaboração de diretrizes para a política de saúde (Conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde). A diagrama 1 sintetiza essa configuração.

Esses dois mecanismos institucionais —conselhos e conferências— estão definidos em uma das leis que regulamentam a Constituição (lei 8143/1990)⁴⁴. A Conferência de Saúde deve reunir-se a cada quatro anos, convocada pelo Poder Executivo, e conta com a representação dos vários segmentos sociais. Seu papel é avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos

⁴⁴ O Conselho Nacional de Saúde e a Conferência de Saúde existiam desde 1937 com outras configurações. O conselho tinha a função de assistir o Ministério da Saúde; com perfil técnico, funcionava como órgão de consulta, mas teve funcionamento bastante irregular até sua reformulação em 1990 para adequação ao SUS. O papel da conferência era o de “promover intercâmbio de informações e, por meio destas, propiciar ao governo federal o controle das ações realizadas no âmbito estadual a fim de regular o fluxo de recursos financeiros” (Escorel; Moreira, 2008:1004). A participação da sociedade, marcando uma inflexão significativa se deu apenas na 8ª conferência, em 1986, um marco na mobilização do movimento sanitário e cujo relatório final foi a base para a reforma da política de saúde no processo constituinte.

níveis nacionais correspondentes. Por sua vez, o Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo e é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância governamental correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder executivo de cada esfera do governo. Resolução do Conselho Nacional de Saúde (N.333/2003) estabelece que 50% dos conselheiros devem ser representantes dos usuários, 25% dos trabalhadores de saúde e 25% por gestores e prestadores de serviço – o que torna a participação da sociedade maior do que a governamental.

DIAGRAMA 1
ARCABOUÇO INSTITUCIONAL E DECISÓRIO DO SUS



Fonte: Transcrito e atualizado de Noronha, Lima e Machado, 2008.

A existência do conselho de saúde é uma condição legal para que municípios, estados e o Distrito Federal recebam os recursos federais destinados à saúde. Essa exigência fez com que conselhos de saúde fossem implantados em todos os municípios e estados do Brasil, mesmo que muitas vezes de forma ritualística. Estimativas indicam a existência de mais de 70.000 conselheiros de saúde no país, a metade deles sendo representantes dos usuários do SUS, “o que os torna a mais abrangente rede de instâncias participativas do país” (Escorel; Moreira, 2008:979).

As conferências nacionais são precedidas por conferências estaduais e estas por conferências municipais⁴⁵ e se constituem em espaços de debates que reúnem milhares de pessoas. Exemplificando a capacidade de mobilização das conferências, vemos que no processo da 13ª conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, nas etapas prévias (conferências municipais e estaduais) foram mobilizados 4.413 municípios (79% do total), os 26 estados do país e o Distrito Federal, com 1,3 milhões de participantes. A conferência nacional contou com 2.275 delegados estaduais, 352 nacionais, 336 convidados e 219 observadores (Escorel; Moreira, 2009). Na última, a 14ª Conferência Nacional, realizada em novembro de 2011, participaram 2.937 delegados e 491 convidados, representantes de 4375 conferências municipais e 27 conferências estaduais (Blog da Saúde, 2011).

⁴⁵ Em alguns municípios maiores são realizadas também conferências distritais e locais.

Há evidências de que esses mecanismos, entretanto, enfrentam varias dificuldades para atingirem seus ideais normativos que incluem a resistência de alguns governos em partilhar poder, as deficiências de infraestrutura para funcionamento dos conselhos, a baixa qualificação dos conselheiros. Há certo consenso de que a participação mais consistente está relacionada ao nível de associativismo da sociedade local e à abertura dos governos à participação. Variação nesses dois fatores explica a atuação mais ou menos intensa desses fóruns participativos e sua maior ou menor capacidade de influência na política de saúde nos vários níveis de governo. De maneira geral, constata-se que os conselhos têm desempenhado um importante papel na fiscalização e na apresentação de demandas e propostas provenientes de entidades da sociedade. Mas ainda não tem uma posição estável no processo decisório e tem ainda baixa capacidade de deliberação sobre o conjunto da política de saúde. Concorre para isso o papel proeminente assumido pelas comissões intergestores que passaram a ser os principais fóruns de decisão no âmbito federativo e de coordenação vertical e horizontal do SUS e que concentram a atuação dos gestores, principalmente os municipais (Côrtez,2009).

Há uma insatisfação dos participantes das conferências por considerarem que as decisões das conferências usualmente não são consideradas nas decisões, a partir de um entendimento de que elas deveriam ter o caráter deliberativo, embora a legislação atribua a elas o papel de propor diretrizes. Entretanto, as conferências tem tido um papel significativo na construção e no aprimoramento do SUS, destacando-se, por exemplo, a 9ª Conferência que teve como desdobramento o início da regulamentação do SUS no sentido da descentralização e da municipalização; e a 10ª Conferência que levou a uma revisão de regulamentação do SUS, então aprovada pelo Ministério da Saúde, e que foi modificada a partir do debate gerado (Escorel; Moreira, 2009).

Do ponto de vista formal, a engenharia institucional do SUS é avaliada positivamente e reflete, por um lado, as tendências de democratização da gestão pública no Brasil desde os anos 90 com a introdução de mecanismos institucionais que garantem a participação da sociedade na definição e no controle da política de saúde. E, por outro, a definição de espaços de articulação entre gestores dos três níveis de governo busca criar condições institucionais mais favoráveis no esforço de buscar garantir a cobertura universal e integral à saúde no espaço territorial brasileiro caracterizado pela heterogeneidade e por imensas desigualdades, tanto nas condições de vida que afetam a saúde, quanto na oferta de serviços e na capacidade de gestão, entendida da perspectiva institucional, técnica, financeira e política.

D. O debate recente sobre o SUS: prenúncio de um novo pacto?

Mesmo em um contexto adverso, com restrições políticas e orçamentárias, e expressando as contradições da trajetória da política de saúde brasileira, o SUS foi implantado e efetivamente alterou profundamente os princípios e a lógica da política de saúde. O caráter arrojado da reforma sanitária com vistas a garantir direitos amplos e igualitários em uma situação prévia de extrema desigualdade e num país de dimensões continentais é algo que não pode ser menosprezado. Nesse processo, foi alterada a configuração institucional do sistema público de saúde no sentido da reforma, destacando-se:

- A unificação do comando da política nacional de saúde no âmbito do Ministério da Saúde com integração institucional de todas as ações relacionadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde;
- Apesar das restrições objetivas ao acesso em função das limitações e distribuição desigual da rede de serviços, efetivou-se a universalização do acesso a toda a população sem distinções de nenhum tipo —que significa atualmente a cobertura de 190.732.694 habitantes (IBGE – Censo 2010), sendo que destes 75% são cobertos apenas pelo SUS;
- Ocorreu um processo de descentralização efetivo, com transferências de atribuições e recursos para todos os municípios do país (atualmente em número de 5570) o que redundou na expansão das ações e serviços públicos de saúde no território nacional;
- Efetivou-se a implantação de um arcabouço institucional e decisório que respeita a lógica federativa e a diretriz de participação social, por meio da criação e funcionamento de

comissões intergestores com a participação dos entes federados e criação de conselhos de saúde, com participação majoritária dos usuários, em todos os municípios e estados, além de um conselho nacional.

- Houve fortalecimento das ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas com parte de uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, particularmente por meio do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1993 e a partir de 1996 transformado em estratégia de reorganização da atenção à saúde e estruturante dos sistemas municipais de saúde⁴⁶.

O gigantismo e presença do SUS no país se expressa nos números: em 2011, foram realizados de mais de 11,3 milhões de procedimentos hospitalares e quase 1,2 bilhão de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade (Brasil, 2012). Ao longo do tempo o SUS foi se institucionalizando e produziu também efeitos institucionais que atuam no sentido de fortalecê-lo. Entre esses, destacam-se os efeitos políticos que levam a alterações na arena política setorial com a introdução de novos atores, como os gestores de níveis subnacionais de governo e os conselheiros de saúde, além dos antigos atores, como os prestadores de serviços, tanto hospitalares quanto profissionais —grande parte deles dependentes do SUS que é o maior comprador de serviços. A implantação do SUS levou também a transformações da sociedade brasileira, tanto no sentido de contribuir para a formação de novos sujeitos políticos por meio da participação nas instâncias decisórias do sistema como pela introjeção da saúde enquanto um direito de cidadania. Por ser uma política descentralizada, tem sido objeto de grande pressão sobre os governos locais em situação de restrição ao acesso, traduzida por filas de espera e muitas vezes até na impossibilidade de acesso oportuno a determinados procedimentos, particularmente nos procedimentos especializados, em determinados locais do território brasileiro. Em um processo irreversível, prefeitos dos mais de cinco mil municípios do país tem que aderir ao SUS e são pressionados a investir de forma crescente em saúde e, frente às suas limitações de recursos, constituem-se em atores que pressionam os atores com maior poder decisório e ou maior disponibilidade de recursos no nível nacional: parlamentares e Ministério da Saúde.

Dada a importância do SUS como o principal comprador de serviços de saúde, o sistema público de saúde consegue apoio, pelo menos nas questões relativas ao financiamento, dos prestadores privados e dos profissionais de saúde, cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde. Esse apoio é cheio de ambiguidades, na medida em que é dispensado da mesma maneira ao segmento privado uma vez que os segmentos público e privado partilham, em grande parte, a mesma rede de serviços.

A expansão efetiva da assistência para todos os cidadãos, mesmo com os problemas já apontados, e inclusive para os participantes de planos de saúde que utilizam diversos serviços do SUS, produziu expectativas, definiu comportamentos e gera uma demanda crescente por serviços de saúde. O paradoxo político é que, por um lado tem-se um sistema público de saúde institucionalizado e percebido como um direito de cidadania que pressiona por recursos de diferentes ordens e que, por outro lado, não é assumido como prioridade política. Como consequência, cresce o tensionamento decorrente das contradições do sistema que parece atingir um nível crítico. A saúde hoje é considerada com um dos principais pontos fracos das políticas públicas do país ou às vezes como o maior problema nacional, e em decorrência, como prioridade em inúmeras pesquisas de opinião. E ao SUS estão associadas imagens bastante negativas, sintetizadas na expressão corriqueiramente utilizada nas mídias e outros espaços coletivos: “o caos da saúde no Brasil”.

Paralelamente, é construído certo consenso de que o principal problema do SUS é o seu subfinanciamento. Em torno disso nos últimos anos, cresce a pressão, até então restrita a certos espaços setoriais de menor visibilidade pública, por mais recursos para o SUS em contexto, contudo, de forte oposição à elevação da carga tributária. Além disso, não está na agenda pública e nem na governamental

⁴⁶ A estratégia Saúde da Família é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Em 2011, 53% da população brasileira estava coberta por equipes de saúde da família, espalhadas por 4847 municípios; em geral a cobertura é bem menor em municípios maiores.

a discussão do financiamento indireto da atenção privada por meio da renúncia fiscal. A questão então que se coloca é: de onde retirar recursos?

Uma das expressões da assunção da saúde como direito é a crescente “judicialização da saúde” no Brasil, entendida como a interferência do Poder Judiciário na distribuição de bens e serviços, por meio do deferimento de solicitações, e que tem levado à obtenção de serviços, benefícios e, particularmente, de medicamentos diferenciados para determinados cidadãos, tendo como justificativa e fundamento legal o preceito constitucional de que “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Nessas circunstâncias, os gestores públicos se veem constringidos na execução dos planos e programas ao terem que cumprir decisões judiciais que, supostamente, consomem grande parte do orçamento do setor (Menicucci e Machado, 2010).

Os desdobramentos recentes, políticos e legais, dessas tensões são resumidos a seguir.

Somente após 11 anos de aprovação da EC29 (que define recursos mínimos para financiamento das ações e serviços públicos de saúde pelos três entes federados) e 10 anos de tramitação no Congresso Nacional é que foi aprovada a sua regulamentação, conforme previsto na própria Emenda, por meio da Lei Complementar 141/2012. Com isso parecia encerrar-se uma pendência legal e com um desfecho que frustrou as expectativas de ampliação de recursos para o setor.

As divergências sobre o montante e critério de financiamento pela União e a resistência da União em ampliar seus gastos foi a razão principal do impasse para a regulamentação da EC29/00. Embora as tentativas de regulamentação se iniciassem já em 2001 (Gomes, 2011), apenas em 2008 foi aprovada no Senado uma proposta⁴⁷ que atendia reivindicação dos *advocacy* do SUS e definia que a União deveria destinar 10% da sua Receita Corrente Bruta para a saúde. Essa proposta de contribuição mais generosa por parte da União foi derrubada na Câmara dos Deputados, que além de manter a forma vigente, propôs a criação de uma nova contribuição, similar à já extinta CPMF: a CSS (Contribuição Social para a Saúde), com alíquota de 0,1% a ser cobrada sobre as movimentações financeiras. Objeto de contestação pelos parlamentares da oposição levou à paralisação da votação e o projeto só voltou a tramitar em 2011, já durante o governo da atual presidenta Dilma Rousseff. Foi aprovado na Câmara e no Senado, sendo derrotada a proposta da CSS e confirmada a derrota da proposta de investimento de 10% da receita corrente bruta da União, mantendo, assim, o que já vinha sendo praticado desde 2000. Acordo entre governo e oposição permitiu a derrubada da CSS, adiando-se a discussão de uma fonte extra de recursos para a saúde⁴⁸ (Menicucci, 2012).

Desta forma, a regulamentação da EC29, um ícone da defesa do SUS, teve um resultado frustrante para seus defensores. O texto aprovado trouxe poucas alterações em relação ao financiamento do SUS, à exceção da restrição a manobras de estados e municípios no sentido de camuflar despesas com ações e serviços de saúde, conforme vinha sendo feito por alguns estados. O equacionamento do subfinanciamento e, particularmente, o aumento de recursos federais foi mais uma vez adiado. O fechamento do ciclo de aprovação da EC29 sinalizava para o esvaziamento do debate sobre recursos para o SUS.

Entretanto, as reações políticas foram imediatas. No âmbito do Legislativo novos projetos de lei no sentido de retomar a proposta de definir como o gasto federal mínimo com saúde o correspondente a 10% da receita corrente União começaram a tramitar no Congresso Nacional⁴⁹ e outras passaram a ser cogitadas no Executivo. Duas comissões especiais para discutir formas alternativas para o financiamento

⁴⁷ Proposta de lei 121/07 de autoria do então senador Tião Viana (PT).

⁴⁸ Em síntese, a Lei 141/2012 define: 1) os recursos mínimos que devem ser investidos em saúde anualmente pela União, Estados e municípios, reafirmando o que estava na EC29: governo federal deve investir o montante empenhado no orçamento do ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), estados e DF 12% e municípios 15% das respectivas receitas; 2) define o que pode ou não ser considerado gasto em saúde evitando o chamado desvio de finalidade, ou seja, contabilizações indevidas de despesas com saúde, tal como vinha sendo feito, particularmente por alguns estados como Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

⁴⁹ Apenas em 2012, três projetos de Lei complementar alterando a Lei 141/2012 no tocante aos valores mínimos a serem aplicados pela União na saúde foram apresentados: o PL 123/12 do presidente da Frente Parlamentar de saúde Darcísio Perondi (PMDB-RS), o PL 124/12 de Eleuses Paiva (PSD-SP) e o PL nº 226/12 do deputado Guilherme Mussi.

do SUS foram instaladas no âmbito do poder legislativo nacional, sendo uma no Senado Federal e outra na Câmara dos Deputados.

No âmbito da sociedade iniciou-se uma mobilização pela alteração da recém-aprovada Lei complementar, denominada de *Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública*, gestado no Conselho Nacional de Saúde e com adesão de entidades como a Associação Médica Brasileira (AMB), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), entidades de Saúde, sindicatos, conselhos e a Igreja Católica, que definiu a Saúde como tema da Campanha da Fraternidade para o ano de 2012. O movimento assume como ação principal organizar o abaixo assinado “*Saúde+10*” com o objetivo de coletar assinaturas para um Projeto de Lei de Iniciativa Popular⁵⁰ que retorna a proposta derrotada de definir o repasse de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira. Após um ato público na capital federal que confluuiu para o Congresso Nacional, a reação imediata foi a criação da comissão especial no âmbito da Câmara dos Deputados para discutir o financiamento. Em 5/08/2013, após reunir aproximadamente 1,9 milhões de assinaturas, o projeto de iniciativa popular foi entregue na Câmara de Deputados⁵¹.

A desmobilização política e a relativa acomodação em termos de ações estratégicas e amplas de maior envergadura do antigo “movimento sanitário”, que fora o grande responsável pela reforma sanitária dos anos 80, parecia dar lugar a uma renovada pressão política por mudanças no SUS —ou pela criação de condições para o cumprimento efetivo de seus objetivos normativos. Uma movimentação despontou não apenas das entidades ligadas ao movimento sanitário, como Abrasco e Cebes, mas capaz de agregar outros atores. A pressão sobre o Ministério da Saúde e sobre os parlamentares parece crescer.

Um fato inesperado surpreendeu o país em junho de 2013 quando um movimento popular de grande vulto, aparentemente desorganizado, ou frouxamente organizado a partir principalmente de redes sociais, com características de certa forma caóticas e sem condução política por instituições consagradas, coloca nas ruas milhares de pessoas, particularmente jovens de classe média, em todo o país, particularmente nas grandes cidades. Iniciado como um movimento de estudantes pela redução do valor do transporte coletivo, o movimento ganha adesão ampla e passa a agregar demandas diversificadas. Entre as principais reivindicações, de modo geral bastante genéricas e amplas, aparece de forma recorrente o tema da saúde. Sem propostas definidas, “as ruas” pedem mais e melhor saúde. O que isso significa, provavelmente está longe de se constituir em consenso.

Mas como resposta imediata e buscando uma agenda positiva frente às críticas do movimento de rua, o Congresso Nacional, duramente criticado, toma duas iniciativas relativas ao financiamento do SUS. A primeira, no âmbito da Câmara dos Deputados, foi colocar em votação em regime de urgência, um projeto de lei (PLP 123/2012) que iniciara sua tramitação no ano anterior. Segundo esse projeto, retoma-se à proposta de definir a obrigação da União de investir o equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas na saúde, o qual, como já visto, conta com o apoio do *Movimento Saúde+10* e da bancada oposicionista no Congresso —respondendo à pressão de eleitores ou para pressionar e ou desgastar o governo federal, bastante reticente à ampliação de gastos sem definição de novas fontes de receita. Toda a pressão é canalizada sobre a contribuição da União para o financiamento do SUS, a partir de certo consenso político de que estados e municípios já atingiram o limite de suas possibilidades a partir do cumprimento dos dispositivos constitucionais⁵². No mesmo período, outro projeto de lei⁵³ sobre o mesmo tema passa a tramitar no congresso nacional, contabilizando-se, assim, um total de cinco projetos de lei buscando ampliar os recursos a serem alocados pela União para o financiamento de ações e serviços de saúde.

⁵⁰ A constituição brasileira prevê a possibilidade de a população encaminhar projeto de lei ao congresso que tem obrigação de apreciá-la, desde que subscrita por pelo menos 1% dos eleitores do país, distribuídos em pelo menos cinco estados da federação, o que equivale atualmente a 1,5 milhão de pessoas.

⁵¹ A proposta passou a constituir o Projeto de Lei Complementar nº 321/2013, de autoria da Comissão de Legislação participativa, derivado da sugestão nº 89/2013, de autoria do Conselho Nacional de Saúde e outras instituições integrantes do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Movimento Saúde mais dez).

⁵² Dos mais de 5.500 Municípios, apenas 20 não conseguem cumprir a regra constitucional de aplicação de 15% de sua receita em ações e serviços públicos de saúde; e a grande maioria dos Municípios gasta percentuais ainda maiores —em média, 20%.

⁵³ PL Nº 341/2013, do deputado Geraldo Resende.

Todos esses projetos foram apensados e passaram a tramitar no Congresso em regime de urgência e propostos dois substitutivos, um deles sendo aprovado, em 20/11/2013, na Comissão de Seguridade Social e Família —uma das quais cabe apreciar a matéria antes de ir para a votação em plenário⁵⁴. A proposta atende às pressões por mais recursos na saúde. Entretanto, com a acomodação do movimento popular das ruas, acomoda-se também a tramitação do projeto que também perde força em função da aprovação de outra lei, com será visto a seguir.

A segunda resposta do Congresso veio por meio da introdução súbita de alteração em um projeto em tramitação por mais de 5 anos (PL 323/07) e que passa a dispor sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural. A descoberta no Brasil de reservas de petróleo na camada pré-sal trouxe a possibilidade de ampliação de arrecadação decorrente dos royalties do petróleo e houve um movimento, desencadeado pelo governo federal, para alocação de parte desses recursos compulsoriamente pelos entes federados na área de educação. Embora a inclusão da saúde na partilha desses recursos fosse algo que vinha sendo ventilado no âmbito dos movimentos pró-SUS, das comissões especiais do congresso e em alguns projetos de lei, ela ainda não estava no debate público de forma transparente e não parecia ter muito suporte político. A proposta de inclusão de recursos para saúde foi feita na Câmara, mas no Senado sofreu modificações restritivas, mais próximas ao desejo do governo federal; por conta das mudanças feitas no Senado, a matéria voltou a ser discutida na Câmara onde o substitutivo do Senado é rejeitado em muitos pontos estabelecendo-se um conflito entre as duas câmaras (alta e baixa) e sinalizando para uma derrota do governo federal na matéria. Em agosto de 2013 encerrou-se a votação do projeto após acordo dos deputados com o governo e foi estabelecida a distribuição de um percentual de 25% dos royalties do petróleo para a saúde nos novos contratos da União para exploração do petróleo⁵⁵.

Por parte do Executivo, a resposta ao “movimento das ruas” em relação à saúde foi mais tímida, embora bastante polêmica, e expressa propostas em discussão no âmbito do Executivo e que foram aceleradas na conjuntura dos protestos. Ou seja, o movimento popular abriu uma janela política para a formação de uma agenda que em circunstâncias normais teria poucas chances de aprovação em função das resistências corporativas da categoria médica. Em linhas gerais, a iniciativa governamental buscou enfrentar um dos grandes problemas da assistência à saúde que é a falta de médicos em número e qualificação adequada como generalistas para atuar no interior do país e nas regiões mais carentes no programa que é o carro-chefe da atenção primária do SUS: o Programa Saúde da Família. Isso foi feito por meio da Medida Provisória 621 de 8/7/13, encaminhada pela presidência da república ao congresso. Entre outros pontos, a MP estabelece novos parâmetros para a formação médica no Brasil, incluindo a prática obrigatória de dois anos no SUS para os estudantes de medicina; e cria o projeto “Mais Médicos para o Brasil”, que prevê oferta de bolsas para curso de especialização de três anos em atenção básica de saúde, inclusive para médicos estrangeiros, em regiões prioritárias do SUS. A proposta se justifica em função do número considerado baixo de médicos no país (1,84 médicos/1000 habitantes, em 2010, mas desigualmente distribuídos entre as regiões, estados e municípios), além da baixa tradição na formação de generalistas e baixo reconhecimento dos profissionais de atenção primária pelos médicos especialistas (Giovanella; Mendonça, 2008)⁵⁶. Como era de se esperar, a proposta tem gerado uma reação muito forte das entidades médicas de forte tradição corporativa e de auto-regulação das suas atividades profissionais, expressando o conflito frequente e mundialmente presente de resistência da categoria a qualquer

⁵⁴ O PLP 123/12 e seus apensados devem ser analisados ainda pelas comissões de Finanças e Tributação (inclusive quanto ao mérito); e de Constituição e Justiça e de Cidadania, antes de ir para o Plenário da Câmara dos Deputados.

⁵⁵ Além dos royalties, o projeto, transformado na Lei 12.858/2013, sancionada pela presidenta da república, prevê a destinação de 50% dos recursos de um Fundo Social decorrente da exploração do pré-sal para educação e saúde, nos mesmos percentuais dos royalties: 75 e 25%, respectivamente..

⁵⁶ Em pesquisa realizada em amostra de estados brasileiros (Menicucci, 2013), foi apontada de forma unânime por gestores e técnicos municipais e estaduais que, depois do financiamento, o maior problema do SUS é a falta do profissional médico. Pois mesmo com a oferta de salários altos para os padrões orçamentários dos municípios, eles não conseguem recrutar esses profissionais e nem reter os contratados. Pesquisa amostral relativa à percepção sobre o sistema de saúde brasileiro, conduzida pela IPEA em 2010 (Schiavinatto, Fábio (org.), 2011) identificou como o maior problema, identificado tanto pelos usuários como pelos não usuários do SUS, a falta de médicos.

intervenção governamental no exercício da profissão. Por parte da população em geral, o programa obteve apoio e vem sendo implantado⁵⁷.

Por uma confluência de fatores, o SUS ocupa vigorosamente a agenda pública e governamental, seja pelo crescimento de pressões sociais e dos governos subnacionais, seja pelo cálculo eleitoral ou por se vislumbrar uma janela de oportunidade para os opositores do governo central, os decisores parecem tender para o enfrentamento do problema histórico do SUS: o seu subfinanciamento. Como afirmou um deputado federal: “a combinação explosiva de, por um lado, direitos constitucionais generosos e amplos e, por outro lado, recursos escassos, cobra decisões”⁵⁸.

Se a questão do subfinanciamento do SUS está na agenda política, o mesmo não acontece em relação à relação público-privado no sistema de saúde brasileiro, em que pese as consequências dessa dualidade também para o financiamento. Pontualmente, no debate recente sobre o SUS começa a se desenvolver, ainda que timidamente, uma discussão sobre o enfrentamento da relação entre o público e o privado no Brasil com vistas a se constituir um mix público-privado com relações de complementaridade, e não mais de suplementariedade, entre os dois sistemas. Algumas manifestações públicas sinalizam ainda de forma pouco clara para esse aspecto, tanto na esfera política quanto em esferas técnicas. Na visão do Senador, Humberto Costa, relator da Comissão que discute alternativas para o financiamento do SUS, a partir da constatação da competição entre os dois sistemas (público e privado), deveria se “dividir responsabilidades” e “discutir o papel de cada um” e identificar os pontos de interseção e possibilidades de interação entre os dois sistemas⁵⁹.

Afinado com essa visão, o diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, assim se pronuncia na mesma Comissão:

“(…) devemos buscar uma maior complementaridade entre o público e o privado, rompendo com alguns tabus que existem nesse processo. É preciso que identifiquemos quais são as maiores potencialidades do Sistema Único de Saúde e as maiores potencialidades do sistema privado; que possamos, dentro de um ambiente republicano, trabalhar a complementaridade entre os dois sistemas, para que possamos otimizar aquilo que entendemos que não seja um Sistema Único de Saúde e, sim, um sistema nacional de saúde, um sistema brasileiro de saúde (...) avançar do ponto de vista de definir melhor os papéis do setor público e do setor privado e gerar menos irracionalidades na utilização dos recursos” (André Longo Araújo de Melo, 23 de maio de 2013, Senado Federal).

Tradicional defensores do sistema público se dividem em relação a esse aspecto, observando-se tanto a defesa da alteração do modelo regulatório visando à integração dos sistemas público e privado de saúde, quanto a defesa da posição inversa de tornar mais clara a separação entre os sistemas (POMAR, 2003, p.52).

Destaca-se, entre os primeiros, a formulação explícita de uma proposta de ampliação da abrangência da regulação para além da definição de preço, produto e cobertura, com vistas a ações regulatórias relativas à interação do sistema público e do privado, por meio de uma ousada “reforma institucional do mercado” (Ocké-Reis, 2012). Nessa perspectiva, a regulação deveria assegurar que a assistência prestada no âmbito do mercado seja revestida por uma noção de direito de acesso em consonância com as diretrizes do SUS (p.114). Isso implicaria a reorganização do mercado na perspectiva do interesse público e envolveria mudanças constitucionais no sentido da integração dos sistemas público e privado, subordinados ao direito à saúde como preceito de cidadania. Para tanto, a liberdade da iniciativa privada seria relativizada pelo regime de concessão dos serviços públicos e “a regulação das relações econômicas deveria ser subsidiária à regulação que tem em vista os fins da

⁵⁷ Segundo notícia publicada no site Terra, em 31/01/2013 6.558 médicos, estrangeiros e brasileiros, estavam atuando no programa, atuando no interior e em áreas pobres do país (noticias.terra.com).

⁵⁸ Entrevista com o deputado federal Marco Pestana, do PSDB, principal partido de oposição ao governo federal, médico, membro da Frente Parlamentar da Saúde e da Comissão Especial da Câmara dos Deputados, ex-secretário estadual de Saúde do estado de Minas Gerais e ex-presidente do COSEMS. Realizada em 27/06/2013.

⁵⁹ Pronunciamento do Senador Humberto Costa em audiência pública na comissão externa do Senado Federal, em 23 de maio de 2013.

política social e dos direitos associados a esta” (idem,p.121)⁶⁰. Enquanto uma proposta técnica, não conta ainda com os elementos políticos capaz de viabilizar acordos e suporte para uma efetiva mudança no sentido de integrar as atividades de mercado no sistema público, constituindo-se, de fato, um sistema [único de saúde. Não deixa de ser, contudo alvissareira a colocação de uma proposta de fato inovadora na agenda de discussão da saúde no país.

Os fatos recentes não permitem ainda posições ou conclusões claras sobre os desdobramentos da política de saúde no Brasil. Do ponto de vista dos pressupostos analíticos que orientaram a interpretação do sistema de saúde brasileiro, as expectativas de mudanças mais profundas no sistema dual que abalem o sistema privado em prol do público ou que estabeleça formas virtuosas de complementaridade entre os dois sistemas parecem pouco prováveis. Na medida em que os efeitos de *feedback* das políticas prévias consolidaram um determinado padrão de assistência e consolidaram determinados interesses, na ausência de fatores que provoquem desequilíbrios nos arranjos moldados até agora, é pouco provável que a configuração institucional da assistência venha sofrer alterações relevantes. As possibilidades de reformulação institucional dependem de alterações no contexto mais amplo, político ou econômico, ou de crises internas que possam ser utilizadas como oportunidade por atores portadores de propostas alternativas —e os movimentos de certa forma caóticos que tomaram as ruas não as apresentavam e nem mesmo sinalizaram para alguma proposta para além de uma reivindicação vaga de mais e melhor saúde. Embora do ponto de vista da racionalidade técnica seja possível pensar em outra configuração público/privado diferente da que prevalece no modelo brasileiro, não há indícios de propostas articuladas de um novo desenho para a política de assistência. Ou seja, a questão desponta na agenda, mas ainda não há uma proposta política consistente.

Por outro lado, é nítida a configuração de uma demanda articulada por ampliação do financiamento do SUS, o que sinaliza para o fortalecimento do sistema público. Isso demonstra que há uma configuração de atores que funcionam como *advocacy* do sistema público, alguns tradicionais nesse papel, como os remanescentes do Movimento sanitário, e outros forjados no próprio desenvolvimento do SUS, como os dirigentes municipais, os integrantes dos conselhos de saúde, os usuários do sistema que já incorporaram a noção de que saúde é um direito de cidadania e dever do Estado. Ou seja, se a trajetória pregressa da política de saúde produziu uma configuração institucional dual, a implantação das inovações constitucionais pós 1988, mesmo que num quadro de restrições e dificuldades políticas, cria novas configurações e amplia a arena da saúde de forma a pressionar por mudanças no sentido de tornar realidade os princípios abrangentes do SUS. A inovação decorrente do SUS tem consequências sobre a sociedade e gera seus defensores, uma vez que o sistema público de saúde ainda precisa ser defendido, inclusive do assédio do setor privado que concorre com o sistema público e com ele disputa o mercado de saúde.

Nesse confronto, delinea-se de forma contundente a necessidade de se constituir uma nova agenda para o SUS em termos prospectivos. De um ponto de vista da macro-regulação, isso implica particularmente definir o papel do Estado em relação à atenção privada; e do ponto de vista do funcionamento interno do SUS implica refletir sobre as consequências do decréscimo relativo da participação da União no financiamento do sistema público, fragilizando o seu principal mecanismo institucional de formatar a agenda dos outros entes federados e, portanto, de coordenar a implantação mais uniforme da política de saúde no território nacional. Se o SUS tem tido grande impacto distributivo, o grande desafio continua sendo como garantir a igualdade na saúde em um contexto de grandes desigualdades. A grande questão para a definição da política de saúde é de como organizar um sistema de saúde que possui vários segmentos e várias portas de entrada. Em síntese: como construir a igualdade sobre uma estrutura historicamente desigual em que pese os avanços redistributivos do SUS?

⁶⁰ A proposta inclui a elaboração de um contrato social regulatório com vistas a integrar o mercado ao SUS e a criação de *benchmarks* como suporte à ação regulatória. Em outros termos, uma regulação que busca “forjar” um mercado publicizado.

Bibliografia

- Abrúcio, Fernando L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. IN: Fleury, S. (org.) *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. RJ: FGV. 2006.
- _____. Reforma política e federalismo: desafios para a democratização brasileira. In: Benvides, M.V.; Kerche, F. (ORG.) *Reforma política e cidadania*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. 2003.
- _____. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. In: *Dossiê Federalismo – Revista de Sociologia e Política*. Universidade Federal do Paraná, n.24, jun. 2005.
- Aday, Lu-Ann e Andersen, Ronald M. Equity of Access to Medical care: A Conceptual and Emprical Overview. *Medical Care*, Vol. 19, No. 12 (Suplement), 1981.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)/Ministério da Saúde. Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março/2013. Disponível em
- Almeida, Maria Hermínia Tavares de. Rescentralizando a federação? In: *Dossiê Federalismo – Revista de Sociologia e Política*. Universidade Federal do Paraná, n.24, jun. 2005.
- Axelrod, R. La evolución de la cooperación. Madrid: Alianza Editorial, 1984.
- Arretche, Marta, Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Perspectiva*. v.18 n.2 São Paulo 2004.
- Arretche, Marta. Apresentação. In: *Dossiê Federalismo – Revista de Sociologia e Política*. Universidade Federal do Paraná, n.24, jun. 2005.
- Arretche, Marta. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012.
- Associação Brasileira das Empresas de Medicina De Grupo (abrange). Congresso Abrange, 7,1999. *Anais...* Disponível em: WWW.abrange.com.br. Acesso em: 2002.
- Bahia, L. *Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil*, 1999. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Barros, 1998).
- Bahia, L.; Scheffer, M. Os planos de saúde deitam e rolam. <http://www.viomundo.com.br/>. Publicado em 25 de julho de 2013.
- Blog Da Saúde, 2011. <http://www.blogdasaude.com.br/ultimas-noticias/2011/12/05/>. Acesso em 22/07/2013.
- Braga, J. C. de S. & Paula, S. G. de. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes, Hucitec, 1981.
- Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>>BRASIL.

- Brasil, Ministério da Saúde. Pacto Pela Saúde. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>>
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2011*. Brasília, 2012.
- CNES. DATASUS. www.cnes.datasus.gov.br. Consulta realizada em 18/07/2013.
- Câmara dos Deputados. *Financiamento da saúde: Brasil e outros países com cobertura universal*. Nota Técnica nº 012, de 2013 – CONOF/CD – Versão preliminar (elaboração: 27 de maio de 2013).
- Cardoso, F. H. *O Modelo Político Brasileiro*. São Paulo, Rio de Janeiro: Difel, 1979.
- Cohn, Amélia et al. *A saúde com direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.
- Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS). *A história da autogestão no Brasil*. São Paulo: Ciefas, 2000.
- CONOF/CD – Núcleo de saúde da Consultoria de orçamento e fiscalização financeira da Câmara dos Deputados. A participação estatal no financiamento de sistemas de saúde e a situação do Sistema Único de Saúde – SUS. Nota Técnica nº 012, de 2013 – CONOF/CD -Versão Preliminar – (Elaboração: 27 de maio de 2013) (Revisão: 16 de julho de 2013).
- Côrtes, S.M.V. Especificidade dos conselhos municipais de saúde em relação aos demais fóruns participativos brasileiros. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília, DF, 2003.
- _____. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury, S.; Lobato, L.V.C. (org.) *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- Costa, N. do R. Políticas públicas, diretos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. In: Eibenschutz, C. (Org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- Costa, Valeriano. Federalismo. In: Avelar, Lúcia e Antônio Octávio Cintra. (2004) *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. SP: Eds. Konrad-Adenauer-Stiftung e UNESP.
- Donabedian, A. *A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.
- Draibe, S. M. Repensando a política social: dos anos 80 ao início dos 90. In: Sola, L. & Paulani, L. M. (Orgs.) *Lições da Década de 80*. São Paulo: Edusp, Unrisd, 1995.
- Elazar, D. J. *Federalismo*: Archê, Rio de Janeiro; ano III; n.7. 1994.
- Elster, Jon. Racionalidad, Moralidad y Acción Coletiva. *Zona Abierta* 54/55,m 1990.
- Escorel, Sarah; Moreira, Marcelo Rasga. Participação social. In: Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha e Carvalho (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- _____. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa efetividade. In: Fleury, S.; Lobato, L.V.C. (org.) *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.
- Fahel, Murilo. Desigualdades em saúde no Brasil: análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. In: Fahel, M.; Neves, J.A.B. (ORG.). *Gestão e avaliação de políticas sociais no Brasil*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2007.
- Farias, Sidney Feitoza et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar *Ciência & Saúde Coletiva* vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011.
- Faveret, P. F. & Oliveira, P. J. de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 33 (2): 257-283, 1990.
- Fleury, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- Fortes, Fátima Beatriz. Inovação institucional no contexto do federalismo brasileiro pós-1988: a Emenda Constitucional 29 de 2000 e os governos estaduais. Tese de doutorado em processo de elaboração. UFMG, 2008.
- Fundação João Pinheiro. *A Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: a descentralização como diretriz e a igualdade como princípio*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1999.
- Fundação João Pinheiro. *Regulação da Assistência à Saúde: o caso de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2005.
- Gerschman, S. *A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- Giffoni, R. M. *Assistência Médica e as Relações de Trabalho na Empresa: o modelo de convênio com a Previdência Social*, 1991. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Giovanella, Lígia; Mendonça, Maria Helena M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha e Carvalho (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- Gomes, Fábio de B. C. Regulamentação da Emenda Constitucional 29. Estudo. Câmara dos Deputados/ Consultoria Legislativa. Brasília – DF. Junho/2011.

- Goulart, F. A. de A. *Municipalização: veredas – caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, Conasems, 1996.
- IBGE Estatísticas da Saúde – Pesquisa de Assistência Médica-Sanitária.
IBGE/PNAD/2008/Suplemento Saúde.
- Levcovitz E., Lima, L.D., Machado, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas Ciência e Saúde Coletiva 6 (2): 269-291.
- Lima, L. D.; Queiroz, L.F.N. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: Machado, C.V.; Baptista, T.W.F;
- Lima, L. D. Políticas de saúde n Brasil- continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- Lucchesi, Patrícia T.R. “Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995”. *Planejamento e Políticas Públicas*. Dezembro, 1996, 14.
- Machado, José Angelo. Paco de gestão na saúde – até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? RBCS. Vol.24, Nº 71, outubro/2009, p.105-119.
- Machado, Cristiani V., Baptista, Tatiana W. F., Nogueira, Carolina O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(3):521-532, mar, 2011.
- Machado, Cristiani Vieira. o papel federal no sistema de saúde brasileiro.. In: A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. volume 3 / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.] – Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.
- Magalhães Júnior, Helvécio Miranda S/D. A Secretaria de Atenção à Saúde/MS e A Construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Ministério da Saúde. www.saude.gov.br. Acesso em julho/2012.
- _____. As redes de atenção à saúde – Situação atual. Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Maceió, junho/2012.
- Malloy, J. M. *Política de Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- Matos, Carlos Alberto; Pompeu, João Cláudio. Onde estão os contratos? Análise da relação entre prestadores de serviços de saúde e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 2003: 629-643
- Médici, A.C. O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento. *Relatórios Técnicos*, 2/90. Brasília; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Escola Nacional de Ciências Estatísticas (Ence), maio. 1990.
- Mendes, Eugênio Vilaça. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: Mendes, Eugênio Vilaça (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998, p.17-55.
- Mendes, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção do projeto neoliberal. In: Mendes, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.
- Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
- Menicucci, T. M. G. *Previdência Privada: a negação/complementação da Previdência Social Pública*, 1990. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: FAFICH, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Menicucci, Telma M.G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processo e trajetória. Belo Horizonte, 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Menicucci, Telma M.G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- Menicucci, Telma M. G. Política de Saúde no Governo Dilma. Mesa redonda: Políticas Públicas no Governo Dilma. 8º Encontro da Associação Nacional de Ciência Política, Gramado/RGS, 2012.
- Menicucci et all. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: as relações intergovernamentais na regionalização da assistência à saúde. Relatório de Pesquisa. Financiamento: Fapemig e CNPq, 2013.
- Menicucci et all. Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2008.
- Menicucci, T.; Machado, J.A. Judicialization of Health Policy in the Definition of Access to Public Goods: Individual Rights versus Collective Rights. *Brazilian Political Science Review*. Ano 4, nº 1, 24-68, 2010. <http://www.bpsr.org.br/>.
- Ministério da Fazenda. Secretaria Executiva/Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SRF/Coordenação Geral de Política Tributária. *Demonstrativo dos Benefícios Tributários – 2003*.

- Ministério do Planejamento, Orçamento E Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008. Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro, 2010.
- Ministério da Saúde. Saúde toda hora. Portal da Saúde. www.saude.gov.br. Acesso em julho/2012.
- Ministério da Saúde, Portaria Nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006
- Ministério da Saúde/SIOPS. http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa_total_saude.pdf.
- Ministério da Saúde/ Secretaria executiva/Departamento de economia da saúde, investimentos e desenvolvimento/Coordenação-Geral de Economia da Saúde. disponível em <http://siops.datasus.gov.br/>, acesso em junho de 2013.
- Ministério da Saúde. A regulação do SUS – regulação em saúde. www.saude.es.gov.br/download/Regulacao_em_Saude_I.ppt. Acesso em 01/09/2013.
- Ministério da Saúde. Portaria nº. 95/GM de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001.
- Noronha, J.C.; Lima, L.D.; Machado, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha E Carvalho (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- Ocké-Reis, Carlos Octávio. Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saúde – 2003-2011. Nota Técnica nº 5. IPEA: Brasília, maio de 2013.
- _____. SUS – o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- Olson, Mancur. *The Logic of Collective Action*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1971.
- Oliveira, J. A. & Teixeira, S. M. F. *(Im)Previdência Social*. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1986.
- Organização Mundial de Saúde (OMS), Relatório Mundial de Saúde 2010 (RMS/2010): Financiamento dos Sistemas de Saúde. “O caminho para a cobertura universal (OMS)” (<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>).
- Pestana, M.; Mendes, E.V. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.
- Pierson, P. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Pomar, Pedro Estevam da Rocha. A saúde do Sistema Único. Desenvolvimento, 2003. Ano 10, nº 76, p. 46-53.
- Riker, W. Implications from the Disequilibrium of Majority Rule for the Study of Institutions. *American Political Science Review*, 74, 1980: 432-46.
- Rodden, Jonathan. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. In: *Dossiê Federalismo – Revista de Sociologia e Política*. Universidade Federal do Paraná, n.24, jun. 2005.
- Santos, W. G. dos. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campos, 1979.
- Schiavinatto, Fábio (org.). Sistema de indicadores de percepção social (SIPS). I Edição. Brasília: IPEA, 2011.
- Senado Federal. Ata da 7ª Reunião da Comissão Temporária, destinada a debater e propor soluções para o financiamento do sistema de saúde do Brasil. 23 de maio de 2013.
- Sintel, entrevista com Ruth de Lourdes da Conceição Costa, diretora de Saúde do Sindicato dos Trabalhadores em Telecomunicações e membro do Coletivo de Saúde Intersindical da CUT-MG. Dezembro de 2002.
- Taylor, M. *The possibility of Cooperation*. Cambridge: Cambridge Press, 1987.
- Travassos, C; Martins, M. uma revisão sobre os coeitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 20, Sup.2, 2004.
- Ugá, M.A; Porto, S.M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha E Carvalho (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- Viana, Ana Luiza D’ávila; Lima, Luciana Dias de; Oliveira, Roberta Gondoim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. In: *Ciência da Saúde Coletiva* v.7, n.3, Rio de Janeiro, 2002.



NAÇÕES UNIDAS

Série**C E P A L****Série Políticas Sociais****Números publicados****A lista completa e os arquivos pdf estão disponíveis em****www.eclac.org/publicaciones**

196. A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional, Telma Maria Gonçalves Menicucci (LC/L.3828), 2014.
195. La segregación escolar público-privada en América Latina, Malena Arcidiácono, Guillermo Cruces, Leonardo Gasparini, David Jaume, Monserrat Serio, Emmanuel Vázquez (LC/L.3827), 2014.
194. El impacto distributivo del salario mínimo en la Argentina, el Brasil, Chile y el Uruguay, Roxana Maurizio (LC/L.3825), 2014.
193. La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010: los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado, Heidi Ullmann, Carlos Maldonado, María Nieves Rico (LC/L.3819), 2014.
192. La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: en busca de consensos para una protección social más igualitaria, Rosario Aguirre, Fernanda Ferrari (LC/L.3805), 2014.
191. El espacio normativo de la autonomía como realización de la igualdad, Gustavo Pereira (LC/L.3792), 2014.
190. Adolescentes: derecho a la educación y al bienestar futuro, María Nieves Rico y Daniela Trucco (LC/L.3791), 2014.
189. De la retórica a la práctica: el enfoque de derechos en la protección social en América Latina, Magdalena Sepúlveda (LC/L.3788), 2014.
188. Hacia un modelo de protección social universal en América Latina, Fernando Filgueira (LC/L.3787), 2014.
187. Seguridad alimentaria y nutricional en cuatro países andinos. Una propuesta de seguimiento y análisis, Rodrigo Martínez y Amalia Palma (LC/L.3750), 2014.
186. Protección social para la infancia y la adolescencia en la Argentina: Retos críticos para un sistema integral, Fabián Repetto y Virginia Tedeschi (LC/L.3698), 2013.
185. Income inequality in Latin America: Data challenges and availability from a comparative perspective, Verónica Amarante (LC/L.3695), 2013.
184. Asignación Universal por Hijo para Protección Social de la Argentina. Entre la satisfacción de necesidades y el reconocimiento de derechos, Laura Pautassi, Pilar Arcidiácono y Mora Straschnoy (LC/L.3628), 2013.
183. La construcción de pactos y consensos en materia de política social. El caso de la reforma previsional en Chile, Carlos F. Maldonado Valera y Andrea F. Palma Roco (LC/L.3665), 2013.
182. La construcción de pactos y consensos en materia de política social. El caso del Nuevo Régimen de Asignaciones Familiares del Uruguay, 2004-2009, Carlos F. Maldonado Valera y Andrea F. Palma Roco (LC/L.3671), 2013.
181. La construcción de pactos y consensos en materia de política social. El caso de la Ley General de Desarrollo Social de México, 2000-2008, Carlos Maldonado (LC/L.3669), 2013.
180. Protección social para la infancia y la adolescencia en Chile, Silke Staab, (LC/L.3661), 2013.
179. La construcción de pactos y consensos en materia de política social. Apuntes para un marco de análisis, Carlos F. Maldonado Valera y Andrea F. Palma Roco (LC/L.3660), 2013.

POLÍTICAS
SOCIAIS

196

POLÍTICAS
SOCIAIS

POLÍTICAS SOCIAIS

Séries

C E P A L

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

www.cepal.org