

FABIANO TONACO BORGES

**Desafios e Perspectivas do Sistema Único de
Saúde (SUS) Diante do Neoliberalismo**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Araçatuba, para obtenção do título de “Doutor
em Odontologia Preventiva e Social”

Orientadora: *Prof.ª Adj. Cléa Adas Saliba Garbin*

Catálogo na Publicação (CIP)

Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

B732d Borges, Fabiano Tonaco.
Desafios e Perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS)
Diante do Neoliberalismo / Fabiano Tonaco Borges. - Araçatuba
:
[s.n.], 2012
182 f. + 1 CD-ROM

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Orientadora: Prof.^a Adj. Cléa Adas Saliba Garbin

1. Sistemas de saúde 2. Políticas públicas de saúde 3. Sistema
Único de Saúde 4. Privatização 5. Escolas para profissionais de
saúde

Black D5
CDD 617.601

Dedicatória

Dedico esta tese de doutorado à
minha mãe, Marilene Tonaco Borges,
que além de ter me concedido a
existência, foi responsável direta
pelo sucesso deste trabalho. Sua
intuição, que reflete a sabedoria
divina, não só me inspirou, mas não
permitiu que eu desistisse. Sem sua
força, fé, perseverança e amor, teria
parado meu curso no primeiro mês.

Mãe, obrigado!

Seu amor cobriu um mar de

incertezas!

Agradecimentos

A Deus, fonte de tudo, do belo, do bom, do amor, da justiça, da solidariedade.

A Jesus, divina inspiração para a humanidade, líder incontestado do mundo regenerado, que nos conduz com amor e misericórdia.

A meu pai, James Fabiano Borges, (*in memoriam*), que sacrificou sua vida por minha família, exemplificando o amor de Deus. Sua simplicidade, clareza e distinção repercutem em nossas almas até hoje. Minha eterna gratidão, admiração e amor!

À minha mãe, Marilene Tonaco Borges, dedicada mãe de família e mulher brasileira, minha eterna gratidão.

À querida Verônica Gronau Luz, que com amor e sabedoria interveio em minha vida de tal forma que não imagino mais o homem que deixei de ser após sua intercessão. Meu carinho e admiração!

Às minhas lindas irmãs, Mariana Tonaco Borges, Dayane Tonaco Assunção e Israelita Luiz Tonaco, almas grandiosas que dulcificam minha vida.

A toda minha família, representada aqui por meus avós de coração João Batista Moreira Tonaco e Maria José Luiz Tonaco, minha gratidão eterna pelo amor incondicional que recebo de vocês.

À minha orientadora, professora Cléa Adas Saliba Garbin, minha gratidão para todo o sempre! Sem sua coragem, intuição e capacidade de empreender, nosso trabalho não floresceria. A fibra que envolve sua generosa alma tem sido capaz de semear para muito além da Ciência, para a vida de todos aqueles que estão a sua volta. Sua confiança é força geradora de grande intensidade!

Ao meu supervisor, professor Carlos Eduardo Siqueira, generoso, corajoso, bravo brasileiro, que com muita competência conseguiu ampliar meu horizonte de

pensar e agir. Exemplo de homem honesto, fiel aos seus princípios e convicções, mobiliza os melhores esforços pela luta da libertação do Brasil, amando e ensinando os ideais de justiça e solidariedade. Sua alma resplandece as leis divinas da justiça e do amor. Meu muito obrigado!

À minha supervisora, professora titular Suzely Adas Saliba Moimaz, alma generosa, fundamental na minha formação, não só profissional, mas humana. Sua força e dedicação nos impulsionam adiante, exemplifica, tornando-nos pessoas mais conscientes e justas. Tenho pela Prof.^a Suzi a mais pura admiração, carinho e apreço. Muito obrigado!

À doutora Nemre Adas Saliba, visionária da saúde coletiva, a qual todos aqueles que militam na causa da Odontologia Social devem tributo pelo pioneirismo, coragem e amor à Ciência. Minha admiração pela Dr.^a Nemre transcende o campo profissional pela fonte inesgotável de força vital que irradia para além de seus familiares e amigos. Muito obrigado, querida Dr.^a Nemre.

Ao doutor Orlando Saliba, professor dedicado, exímio pesquisador, que durante sua vida profissional não se cansa de nos guiar pelos caminhos da construção do conhecimento com muita paciência e sabedoria. Obrigado por sua dedicação, apreço e cordialidade, indispensáveis na nossa formação humana e profissional.

Ao professor Renato Moreira Arcieri, que tive a honra de ter como professor e avaliador na minha caminhada acadêmica, que generosamente sempre disponibilizou tempo e conhecimento às pessoas. Paciente, sempre estendeu a mão a nos ajudar durante a árdua caminhada da construção do conhecimento. Muito obrigado!

Ao querido professor Heleno Corrêa, exemplo de dignidade científica e humana. Sua intervenção na minha formação foi imprescindível, como também sua coragem de lutar pelo nosso estágio no exterior. Este trabalho tem muito de sua contribuição. Espero não desapontá-lo!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo oportunidade da bolsa de doutorado sanduíche (processo 2343-10-0), que tantos horizontes abriu para mim, meu muito obrigado!

À Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"- UNESP, instituição vanguardista do Brasil livre e regenerado. Agradeço muitíssimo minha formação à mesma em nome do reitor em exercício Prof. Ricardo Samih Georges Abi Rached e da Pró-Reitora de Pós-graduação Prof.^a Marilza Vieira Cunha Rudge.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA), nas pessoas de sua diretora Prof.^a Adjunto Ana Maria Pires Soubhia e do vice-diretor Prof. Titular Wilson Roberto Poi, por proporcionar a realização desta tese de doutorado.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA/UNESP, Prof.^a Adjunto Cléa Adas Saliba Garbin e à vice-coordenadora, Prof.^a Titular Suzely Adas Saliba Moimaz, pelo brilhante trabalho à frente do programa.

Agradeço também à *University of Massachusetts UMass, Campus Lowell*, por ter me recebido como pesquisador visitante durante o período de setembro de 2010 a agosto de 2011, em nome do Prof. Craig Slatin, da *School of Health and Environment*.

Aos professores do curso de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA/UNESP, Prof.^a Titular Nemre Adas Saliba, Prof. Titular Orlando Saliba, Prof.^a Adjunto Cléa Adas Saliba Garbin, Prof.^a Titular Suzely Adas Saliba Moimaz, Prof. Dr. Artênio José Ispere Garbin, Prof. Adjunto Renato Moreira Arcieri, Prof.^a Adjunto Maria Lúcia Marçal Mazza Sundfeld, Prof.^a Assistente Dr.^a Ana Cláudia Okamoto, Prof.^a Assistente Dr.^a Ana Paula Dossi de Guimarães Queiroz, Prof.^a Adjunto Dóris Hissako Sumida, Prof. Adjunto Marcos Rogério de Mendonça, Prof.^a Adjunto Mônica da Costa Serra, Prof. Titular Renato Herman Sundfeld, Prof. Assistente Dr. Ronald Jefferson Martins e Prof.^a Assistente Dr.^a

Tânia Adas Saliba Rovida, pela edificante convivência. A todos meu respeito e gratidão.

Aos grandes seres humanos Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza e Valderez Freitas Rosa, trabalhadores do programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA/UNESP pela companhia generosa, solidária e feliz que vocês me proporcionaram. Muito obrigado!

A todos os professores do Departamento de Odontologia Infantil e Social da FOA/UNESP.

Aos alunos da minha turma do curso de Doutorado em Odontologia Preventiva e Social, Diego Diniz e Najara Barbosa da Rocha pelo companheirismo, carinho e cumplicidade. A vocês minha amizade.

Agradeço em nome do amigo Jeidson Marques a todos os meus colegas egressos do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA/UNESP.

Faço minhas homenagens aos colegas dos cursos de mestrado e doutorado em Odontologia Preventiva e Social da FOA/UNESP na pessoa da querida amiga Renata Santos, por sua gentileza, solidariedade e amizade tão tocantes e que representam o ser humano do mundo porvindouro. Meu carinho, reconhecimento e amizade!

A todos os funcionários e estimados amigos da biblioteca da FOA/UNESP, Ana Claudia Grieger Manzatti, Cláudio Hideo Matsumoto, Cláudio Marciel Júnior, Fernando Fukunishi, Ivone Rosa de Lima Munhoz, Izamar da Silva Freitas, Luzia Anderlini e Maria Cláudia de Castro Benez, pela atenção e eficiência com que sempre me atenderam.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da FOA/UNESP, Diogo Reatto, Marina Midori Sakamoto Hawagoe e Valéria Queiroz Marcondes Zagatto, pelo excelente trabalho, atenção dispensada, grande disposição em atender e ótimo relacionamento.

A todos os demais professores e funcionários da FOA/UNESP, pela carinhosa atenção dispensada.

À comissão de qualificação profissional da Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Mato Grosso (MT), que viabilizou minha licença para qualificação profissional. Reverencio a comissão homenageando as trabalhadoras Sílvia Thomas, Soraia Maciel e Valdevina Capistrano, pela seriedade e respeito aos trabalhadores da SES/MT.

Ao Governo de Mato Grosso, que financiou meus estudos.

Aos colegas da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, em nome dos amigos e trabalhadores Daniely Beatrice Ribeiro de Lago e Artur Aburad de Carvalhosa, que nunca me abandonaram no caminho, pelo contrário, sempre representaram sustentação nos momentos mais críticos de minha caminhada. A eles afirmo minha admiração e amizade para sempre!

Aos trabalhadores da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, em nome da querida colega Vanessa Thais Bonfim Vilas Boas, que com sua mansuetude sempre irradiou paz e tranquilidade a todos os seus colegas.

Ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Estado de Mato Grosso- UFMT pela oportunidade de contribuir com a formação dos profissionais da transformação, da nova medicina da sociedade pelos princípios da Saúde Coletiva. Agradeço a todos os colegas docentes em nome da Prof.^a Alba Medeiros, sempre uma entusiasta do curso de Graduação em Saúde Coletiva.

Muito obrigado!

Borges FT. Desafios e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do neoliberalismo. [Tese]. Araçatuba: UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2012.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi realizar uma abordagem crítica do SUS diante dos desafios impostos pelo neoliberalismo na década de 90, sistematizando o fenômeno da privatização do sistema público de saúde brasileiro e, ao mesmo tempo, colocar em perspectiva a viabilidade do SUS diante da hegemonia econômica e política neoliberal no mundo e no Brasil. Foi realizado um estudo de caso tendo como objeto de análise o fenômeno da privatização do SUS instituída por políticas dos governos neoliberais na década de 1990. Realizou-se uma narrativa analítica tendo como trama a privatização neoliberal do SUS. Utilizou-se da observação participante para categorizar os fatos relacionados ao objeto de estudo durante a XIV Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília entre 30/11/2011 a 04/12/2011 de sorte dissecar as peças da privatização do SUS. Em relação à análise das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS (ETSUS), realizaram-se entrevistas semiestruturadas com gestores de seis ETSUS pertencentes à Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS). A privatização dos sistemas de saúde em países como Argentina, Chile, Colômbia e México foi consequência da ofensiva neoliberal das transnacionais do complexo médico-industrial dos Estados Unidos na década de 90. No Brasil, essas políticas conflitam com as políticas do SUS, em que as limitações no financiamento e a falta de autonomia administrativa tornaram-se as vias principais de privatização da saúde brasileira. A privatização do SUS dar-se-ia pela sua desconfiguração institucional e fragmentação do acesso à saúde pela população. As Organizações Sociais de Saúde (OSS) se estabeleceram como alternativa neoliberal para a administração dos serviços de

saúde e recursos do SUS. A eficiência dessas organizações foi contestada pelo relatório do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. As ETSUS apresentaram limitações de ordem administrativa por postularem uma nova dimensão do espaço de trabalho não regulada pela administração pública brasileira. O SUS vem sendo enfraquecido pela ordem econômica neoliberal desde a década de 90 no Brasil, tendo como consequência o crônico processo de privatização de sua rede de serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de Saúde, Políticas Públicas, Sistema Único de Saúde, Privatização; Escolas para Profissionais de Saúde.

Borges FT. Brazilian Unified Healthcare System facing Neoliberalism: Challenges and Perspectives. [Thesis]. Araçatuba: UNESP – São Paulo State University; 2012.

Abstract

The aim of this study was to carry a critical approach to the Brazilian Unified Health Care System (SUS in Portuguese) that has faced challenges enforced by neoliberalism since its implementation in late 80's, focusing on the SUS's privatization phenomenon. It was also conducted a perspective analyses of the SUS' feasibility under neoliberal polices. It came about through a case study having as object of study the phenomenon of SUS's privatization. During the 14th Brazilian National Health Care Conference, that took place in Brasília from November 30th to December 4th 2011, was carried out a participatory observation in order to outline an analytical narrative about the SUS's privatization, building a tale of that phenomenon. Regarding to Technical Health Care Schools and Training Centers (ETSUS) was conducted semi-structured interviews with ETSUS's managers in six schools belonging to the Brazilian Network of Technical Health Care Schools (RETSUS in Portuguese). The neoliberal hegemony and the medical industry complex of the United States brought about the privatization of healthcare systems in Latin American countries such as Argentina, Chile, Colombia and Mexico in 90's. In Brazil those polices conflicted against SUS policies causing budget constrains and lack of managerial autonomy that became the main stream of privatization throughout Brazilian healthcare system. SUS's privatization would have been made possible both by its institutional des characterization and fragmentation of the delivering services network. Private non-profit organizations called Health Social Organizations (OSS in Portuguese) have become a neoliberal alternative to manage SUS's services and resources. The efficiency of those organizations

was contested in a report released by the Public Administration Court of São Paulo State in Brazil. The ETSUS show weaknesses related to managerial framework, which postulate to public administration in Brazil a new dimension of workspace yet not regulated by Brazilian government. The SUS has been weakened by neoliberal economic hegemony in 90's, having as consequence its chronic privatization of SUS health care delivery services.

KEYWORDS: Health Systems; Public Policies; Unified Health System; Privatization; Schools, Health Occupations.

Lista de Quadros

Quadro 1	Distribuição dos Centros Formadores e Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil.	33
Quadro 2	Categorias de análise e temas abordados na entrevista com os gestores das ETSUS.	42
Quadro 3	Características administrativas das ETSUS evidenciadas na pesquisa.	43
Quadro 4	Fundamentos neoliberais para a privatização dos sistemas públicos de saúde.	69
Quadro 5	Divisão do trabalho em saúde no Brasil.	101
Quadro 6	Síntese dos sinais da privatização dos serviços e sistemas locais de saúde do SUS.	132
Quadro 7	Conclusões da comparação do desempenho dos hospitais administrados por OSS e pela Administração Direta (AD).	148

Lista de Abreviaturas

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AMS – Assistência Médico-Sanitária

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

APSP – Associação Paulista de Saúde Pública

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEFORH – Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras

CSS – Contribuição Social à Saúde

DEGES/MS – Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde

DRU – Desvinculação das Receitas da União

EC 29 – Emenda Constitucional nº 29

EPS – Educação Permanente em Saúde

ETSUS – Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS

FOA – Faculdade de Odontologia de Araçatuba

FONASA – Fondo Nacional de Salud

FMI – Fundo Monetário Internacional

GP – General Practitioner

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGP – Índice Geral de Preços

IMSS – Instituto Mexicano del Seguro Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ISAPRE – Instituciones de Salud Previsional

Larga Escala – Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível

Médio e Elementar

NAFTA – North American Free Trade Agreement

NHS – National Health Service

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

OCDE – Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico

OMC – Organização Mundial do Comércio

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OS – Organizações Sociais

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS – Organizações Sociais de Saúde

PAMI – Programa de Assistência Médica Integral

PCT – Primary Care Trusts

PEC – Programa de Expansão de Cobertura

PFI – Private Finance Initiative

PIB – Produto Interno Bruto

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PROFAPS – Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde

PROFAE – Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PT – Partido dos Trabalhadores

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira

Rede Unida – Associação Brasileira Rede Unida

RETSUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SADT – Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SGSSS – Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde

SIPS – Sistema de Indicadores de Percepção Social Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SNSS – Sistema Nacional de Serviços de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCESP – Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

TI – Tecnologia da Informação

UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

VA –Department of Veteran Affairs

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 21

2 OBJETIVO 25

3 MÉTODOS 26

4 ESCOLAS TÉCNICAS DE SAÚDE DO SUS (ETSUS) NO BRASIL: REGULAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E SUSTENTABILIDADE ADMINISTRATIVA 31

4.1 Introdução 31

4.1.1 Aproximação Histórica às ETSUS 35

4.1.2 As ETSUS como escolas-função 37

4.1.3 Projeto político-pedagógico 38

4.1.4 Desafio 40

4.2 Métodos 41

4.3 Resultados 42

4.4 Discussão 46

4.5 Conclusão 49

4.6 Referências 50

5 PRIMEIRA PARTE: O CONTEXTO INTERNACIONAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE 56

5.1 A privatização neoliberal dos sistemas de saúde: o papel do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial 56

5.1.1 O neoliberalismo e seus agentes 56

5.1.2 A privatização neoliberal dos sistemas de saúde 60

5.1.3 O paradigma do Banco Mundial para organização dos sistemas de saúde: o sistema de saúde dos Estados Unidos 62

5.1.4 A exportação do modelo de saúde dos Estados Unidos 65

5.1.5 Considerações finais 66

5.2 O mito da insolvência dos sistemas públicos de saúde 68

5.2.1 O Mito 68

5.2.2 *Algumas experiências privatizantes na América Latina* 70

5.2.3 *Considerações finais* 77

5.3 A privatização do Sistema Nacional de Saúde Britânico (*National Health Service- NHS*) 78

5.3.1 *Medicina socializada: o NHS britânico* 78

5.3.2 *A ação das transnacionais contra o NHS* 81

5.3.3 *Consequências da privatização do NHS* 85

5.3.4 *Fim do NHS?* 87

6 SEGUNDA PARTE: A RESSONÂNCIA DAS POLÍTICAS NEOLIBERAIS NA SAÚDE BRASILEIRA 89

6.1 O Sistema Único de Saúde (SUS): ainda um desafio? 89

6.1.1 *Breve contexto neoliberal durante a Reforma Sanitária Brasileira (RSB)* 89

6.1.2 *A Reforma Sanitária Brasileira (RSB)* 92

6.1.3 *Desafios* 95

6.1.4 *Considerações finais* 98

6.2 A macroestrutura liberal da saúde no Brasil 99

6.2.1 *O neoliberalismo no SUS* 99

6.2.2 *Os seguros privados de saúde no Brasil* 103

6.2.3 *A relação do SUS com o setor privado* 108

6.2.4 *Considerações finais* 111

6.3 A fragmentação do SUS 113

6.3.1 *Distorções estruturais do SUS* 113

6.3.2 *Os efeitos paradoxais da descentralização* 116

6.3.3 *A fragmentação e a municipalização do risco* 119

6.3.4 *Considerações finais* 122

6.4 Dissecção anatômica da privatização neoliberal do SUS 124

6.4.1 *A privatização do SUS* 124

6.4.2 *A gestão da privatização do SUS* 127

6.4.3 *O desmonte do público e a hipervalorização do privado* 129

6.4.4 *Indicadores do processo de privatização do SUS* 132

6.4.5 *Considerações finais* 135

6.5 O caminho privatizante: as Organizações Sociais de Saúde (OSS) 137

6.5.1 *A reforma neoliberal do Estado Brasileiro* 137

6.5.2 *As Organizações Sociais de Saúde (OSS): o caminho para a privatização do SUS* 140

6.5.3 *Não passa de um mito a eficiência das OSS* 147

6.5.4 *Considerações finais* 151

7 TERCEIRA PARTE: OPÇÃO PÚBLICA PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE 152

7.1 Sistema público de saúde: opção econômica e moral 152

7.1.1 *Sistemas de saúde: público ou privado?* 152

7.1.2 *Sistema público de saúde: uma questão moral* 153

7.1.3 *Sistema público de saúde: uma questão econômica* 155

7.1.4 *Considerações finais* 158

7.2 A solvência do SUS 159

7.2.1 *Caminho para a solvência do SUS: superação da ordem neoliberal no financiamento da saúde* 160

7.2.2 *Caminho para a solvência do SUS: a superação da dicotomia público/privado* 162

7.2.3 *Caminho para a solvência do SUS: uma nova institucionalidade* 165

7.2.4 *Considerações finais* 166

8 CONCLUSÃO 168

9 REFERÊNCIAS 169

10 ANEXO 183

1 INTRODUÇÃO

A segunda grande depressão que o mundo entrou em 2008 vem mudando a paisagem das políticas de proteção social nos países desenvolvidos, bem como colocando as iniciativas de inclusão social nos países em desenvolvimento em grande ameaça. O papel dos governos em garantir bem-estar social e reduzir iniquidades vem sendo questionado duramente por economistas e políticos conservadores. Para esses, a solução da depressão econômica estaria no corte de gastos nos sistemas públicos de previdência, educação e saúde. A privatização emerge como solução milagrosa no intuito de reiniciar um novo ciclo de desenvolvimento.

A globalização trouxe para os mais longínquos recantos do mundo a ideologia de que somente a mão invisível do mercado conseguiria trazer prosperidade para os povos. O consumo desenfreado combinado com o espírito do individualismo competitivo tornaram-se a ética predominante nos países de economia aberta. Entretanto, a fome e a miséria continuam absolutamente presentes no cotidiano das populações como vieses dessa sociedade de consumo.

A sabedoria da mão do mercado deveria dar conta de toda a crise econômica gerada pelo sistema financeiro dos países desenvolvidos sem pacotes de resgate bancados pela sociedade. Entretanto, os mercados colocam todo o peso dos seus insucessos na conta dos Estados, porque eles (os mercados) seriam grandes demais para falirem.

Os pacotes ilimitados de ajuda ao sistema financeiro internacional contaminaram as contas dos governos, gerando déficits insolventes. Desde então, cortar gastos na maior conta possível tornou-se o foco dos políticos conservadores. Na Europa, benefícios sociais e salários são achatados para que os Estados façam jus a pacotes de resgates que têm o objetivo de tornar

os títulos da dívida dos Estados solventes junto aos credores internacionais.

A mão invisível do mercado importa muito para o campo da saúde. Entender a saúde pelas lentes do mercado significa admitir o corpo humano como uma mercadoria. Assim, cada indivíduo buscaria o melhor prestador de serviço dentro de um mercado privado regulado pela competição. O contrário é entender a saúde como um bem coletivo, propriedade de todos. Sendo propriedade de todos, a unicidade do prestador de serviço adequa-se pela socialização de riscos, custos e benefícios. O Estado surge como mecanismo mais justo e eficiente para cuidar do bem coletivo. Os sistemas nacionais de saúde emergem dessa forma como projeto de garantia da saúde, entendida como um bem coletivo e não uma mercadoria, trazendo à sociedade mecanismos distributivos socialmente justos.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa esse projeto de justiça distributiva, resultado de uma grande luta da sociedade brasileira travada juntamente com a redemocratização do Brasil. A saúde passou a ser um direito constitucional em 1988, onde o Estado tem o dever de garantir acesso universal e cuidado integral. No entanto, o texto da constituição cidadã garante a participação da iniciativa privada na provisão de bens e serviços de saúde. O país teve, a partir de então, um sistema de saúde híbrido com dois subsistemas: um público, outro privado.

O Estado e o mercado estariam no campo da saúde numa correlação de forças dentro de uma nova etapa do país, quando as políticas expansionistas dos países desenvolvidos tomam novo fôlego com o neoliberalismo, que reafirma a tese da primazia da mão invisível do mercado e declara guerra ao Estado de Bem-Estar Social. Dessa forma, a disputa entre o subsistema público e o privado passa a pender para o último, tanto no cenário internacional quanto no nacional.

Nos anos 90, com a chamada abertura econômica, as políticas de seguridade social começaram a ser sufocadas pelo subfinanciamento no Brasil. Outra frente veio pela desestatização. O recém-criado sistema público de saúde passou então a ter duas barreiras importantes que se somaram à herança do modelo previdenciário de saúde nas entranhas do SUS com a divisão financiamento/prestação de serviço e na remuneração por produção. O SUS nasceu com o germe da contradição de um sistema nacional de saúde sedimentado numa estrutura mercantilista.

Retomando o contexto internacional, os Estados Unidos se reinserem com mais força na luta contra o socialismo e pela difusão do neoliberalismo em todo o mundo após a crise do petróleo no fim dos anos 70. Nos dois mandatos do presidente Ronald Reagan (1981-1989) houve uma agressiva política de privatização de serviços públicos, sinalizando o que viria a ser o tom neoliberal para uma ampla gama de países de economia periférica. No Brasil, a reforma do Estado no fim dos anos 90 institucionalizou a tônica neoliberal na máquina pública, com a ideia do Estado Mínimo. O SUS absorve mais um conjunto de políticas conflitantes com a natureza de um sistema público de saúde.

A globalização e o mercado passaram a ser importantes instrumentos para o movimento expansionista do complexo médico-industrial a partir dos Estados Unidos com duas vertentes: propagação do modelo de competição gerenciada por meio de prestadores privados e pela fragmentação dos sistemas de saúde, objetivando ampliar os nichos de mercado para as seguradoras privadas.

Tendo em consideração o movimento expansionista do complexo médico-industrial estadunidense, a hegemonia neoliberal nos anos 90 no mundo e sua adoção como modelo econômico no Brasil, tudo isso

combinado com a duplicidade do sistema de saúde (subsistemas público e privado), tendo ainda o público mercantilizado pela herança do modelo previdenciário. Postulou-se o argumento central desta tese de que o SUS-idealizado como um sistema nacional de saúde reacionário ao modelo previdenciário existente à época- foi corrompido em sua natureza pelas reformas neoliberais do Estado brasileiro a partir de 1990, momento em que se iniciou sua privatização, num processo que vem tomando dimensões cada vez maiores com as figuras jurídicas de direito privado para a gestão de serviços de saúde público, i.e., as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi realizar uma abordagem crítica do SUS diante dos desafios impostos pelo neoliberalismo na década de 90, sistematizando o fenômeno da privatização do sistema público de saúde brasileiro e, ao mesmo tempo, colocar em perspectiva a viabilidade do SUS diante da hegemonia econômica e política neoliberal no mundo e no Brasil.

3 MÉTODOS

Este estudo foi inteiramente de abordagem qualitativa. O desenho metodológico utilizado foi o estudo de caso, que se adequa a estudos de fenômenos atuais a fim de compreender o objeto delineado. A partir de então, delineou-se a análise do que Minayo (2008) denomina de “os construtos de primeira potência”, ou seja, o senso comum na questão da saúde para delimitar o caminho da compreensão do objeto. O recorte temporal foi delineado a partir da ascensão das políticas neoliberais no Brasil com os governos Collor (1990-1992) e Fernando Henrique (1995-2002).

O objeto do estudo foi o fenômeno da privatização do SUS instituída por políticas desses governos. O termo “privatização do SUS” empregado neste estudo refere-se ao movimento de transferência de responsabilidade do setor público para o setor privado, da terceirização da gestão do trabalho em saúde à administração de unidades públicas por organizações de direito privado.

Esta pesquisa teve como ponto de partida o contexto no qual as Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS (ETSUS) estão inseridos. Como essas instituições agregam um enorme capital de conhecimento a respeito da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), da luta dos trabalhadores pela superação do modelo médico-assistencial e do processo de implementação do próprio SUS, foi por meio da lente das ETSUS que se buscou especular sobre o mesmo, sem a mínima pretensão de estabelecer verdades definitivas.

Com a proposta de entender os desafios administrativos das ETSUS traduzidos na superação das injustiças do modelo formal da educação brasileira e nas dificuldades, aparentemente quase intransponíveis de se implementar um sistema público de saúde universal e integral, vislumbrou-se no neoliberalismo um obstáculo comum tanto às ETSUS quanto ao

próprio SUS. Percebeu-se que o discurso de enfraquecimento da gestão das ETSUS e do SUS representava a mesma política para derrotar a proposta pública de saúde para os brasileiros à luz do neoliberalismo.

Fez-se então a ponte para a análise da parte para o todo (das ETSUS para o SUS), trabalhando-se com os seguintes construtos das neoliberais para o campo da saúde: (a) que os serviços públicos de saúde não funcionariam e seriam ineficientes; (b) que a iniciativa privada seria melhor em eficiência do que a pública na gestão dos serviços de saúde. Essas postulações permeiam a consciência tanto da população quanto de gestores. Em seguida, explorou-se a origem dessa afirmação correlacionando com o momento sociopolítico do país, tentando compreender as intenções veladas e a direcionalidade que se pretende com a massificação desses construtos.

Num segundo momento, realizou-se uma narrativa analítica (MAXUEL; 2005) por meio da observação participante durante as discussões da XIV Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília/DF entre 30/11/2011 a 04/12/2011. Acompanharam-se as reuniões dos delegados nos grupos de trabalho, como também a plenária final, registrando os discursos relacionados à privatização do SUS. Duas retóricas foram proeminentes nesse ambiente: (a) a participação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na privatização do SUS; (b) os novos modelos de gestão baseados em figuras jurídicas de direito privado, mesmo estatais, como as Fundações Estatais de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, fazendo parte do cardápio neoliberal privatizante da saúde brasileira.

Pautando a agenda da privatização do SUS na XIV Conferência estava a *Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde*, que evidenciou os meios e os agentes neoliberais promotores da privatização do SUS (segundo o entendimento dos militantes da Frente) clarificando o objeto de estudo. Aqui, a observação participante se desenrolou pela inserção do

pesquisador deste estudo junto dos membros da Frente nas atividades da Conferência, como também pela integração do referido pesquisador na lista de e-mails do grupo que milita contra a privatização do SUS. Desde então, seguindo os construtos que fundamentam a privatização do SUS, foram registrados os pontos que sinalizavam o processo de privatização do SUS, de acordo com duas categorias de análise:

- (a) Desconfiguração institucional do SUS;
- (b) Fragmentação do acesso à saúde.

A partir dos fatos observados nas discussões da XIV Conferência Nacional de Saúde, construiu-se uma trama que buscou dissecar a privatização do SUS. O resultado da observação participante foi exposto nos capítulos *Dissecção anatômica da privatização neoliberal do SUS* e *O caminho privatizante: as Organizações Sociais de Saúde*.

Elegeram-se as OSS dentre os agentes privatizantes do SUS constatados na XIV Conferência Nacional de Saúde para se aprofundar o estudo, deixando de lado as demais, considerando o maior tempo de atuação dessas organizações na gestão de unidades de saúde do sistema público e o contexto no qual elas foram estabelecidas, em plena ascensão e hegemonia neoliberal no fim dos anos 90. A criação de figuras jurídicas para a qualificação da iniciativa privada para a gestão de unidades de saúde pública evidencia que as OSS se constituiriam, com maior robustez, na privatização de serviços e sistemas locais de saúde, pela “ponte” que essas instituições estabelecem para o subsistema privado gerenciar o subsistema público.

A partir do discurso predominante de que as OSS constituir-se-iam em instrumentos de privatização do SUS, realizou-se uma análise do contexto econômico e político no qual elas foram concebidas, bem como sobre qual seria o alicerce ideológico predominante. Para avançar na análise, fundamentou-se na tese da existência de pressões vindas do

mercado de seguros privados de saúde estadunidense para minarem os sistemas públicos de saúde na América Latina, criando nichos de mercado para o subsistema privado de saúde (WAITZKIN; IRIART, 2001; WAITZKIN; JASSO-AGUILAR; IRIART, 2007). A sistematização do movimento de privatização do *National Health Service- NHS* (Serviço Nacional de Saúde) britânico descrito por Leys e Player (2011), na Grã-Bretanha, serviu de orientação para a sistematização do fenômeno da privatização do SUS consubstanciada nesta tese.

Utilizou-se também da análise de documentos oficiais do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCESP), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), explorando as seguintes informações:

- a) gasto em saúde proporcional ao Produto Interno Bruto (PIB);
- b) percentual de gasto público versus privado;
- c) renúncia fiscal e subsídios governamentais para o setor privado;
- d) capacidade instalada privada e pública de serviços de saúde;
- e) avaliação dos indicadores de qualidade de hospitais da administração direta e de hospitais de gestão pelas organizações sociais de saúde;
- f) percepção dos cidadãos sobre o SUS e o subsistema privado.

O conjunto das informações concernentes ao objeto do estudo foi disposto ao longo de todo o trabalho, agrupado numa sequência que parte do contexto internacional para o nacional. Dividiu-se o estudo da privatização do SUS em três partes: a primeira contextualizou o cenário internacional, onde há a exportação do modelo baseado nos seguros privados de saúde a partir dos Estados Unidos para a América Latina. A segunda parte analisou a organização do sistema de saúde brasileiro pelo prisma da dicotomia público/privado, descrevendo o movimento neoliberal privatizante contra o SUS e a terceira parte associou a opção pelos sistemas públicos de saúde como via de conceder solvência ao SUS.

Elaborou-se um ensaio sobre a composição da privatização do SUS, consolidado no capítulo denominado “Dissecção anatômica da privatização neoliberal do SUS”, que procura evidenciar os órgãos do corpo, chamado de privatização do SUS. Assim, o termo anatomia adequa-se metaforicamente à proposta de evidenciar as partes do movimento que terminam por privatizar serviços e redes de saúde pública.

A pesquisa foi organizada em formato de livro dividido em dez capítulos. Para expor sua organicidade e fisiologia (referente à privatização do SUS), a formatação em livro pareceu mais adequada para ser lida, não somente no ambiente acadêmico, mas também por aqueles trabalhadores e apoiadores do SUS. A preocupação de ser inteligível nesses dois ambientes percorreu toda a elaboração do estudo, com o intuito de cumprir com a cientificidade sem perder a aplicabilidade e relevância. Precedendo o estudo da privatização do SUS está a pesquisa com as Escolas Técnicas do SUS que, como dito no início dessa seção, foi a ponte para se colocar em perspectiva a privatização do SUS. O projeto de pesquisa intitulado “Análise da organização do trabalho docente nas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) foi aprovado pelo CEP/FOA/UNESP (processo 2224/09- em anexo).

4 ESCOLAS TÉCNICAS DE SAÚDE DO SUS (ETSUS) NO BRASIL: REGULAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E SUSTENTABILIDADE ADMINISTRATIVA*

4.1 Introdução

Na América Latina, os sistemas de saúde lidam com a segmentação e com a descoordenação das políticas públicas no desenvolvimento de suas reformas setoriais, sob o regime de arroxo fiscal e pouca capacidade redistributiva do gasto público em saúde¹. O Sistema Único Saúde (SUS) não foge a esta regra, convivendo com um crônico subfinanciamento, submetido à supremacia de políticas neoliberais ao longo de sua história^{2,3,4,5}. A contradição de uma macroestrutura liberal na organização do sistema brasileiro e a luta por um modelo que persiga as necessidades de saúde da população carregam o movimento contra-hegemônico da reforma sanitária de desafios^{6,7,8,9}.

Nos países que buscam ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio de uma ampla reforma na atenção primária como Austrália¹⁰, Venezuela¹¹, China¹² e o próprio Brasil¹³, emergem amplas políticas de formação de recursos humanos nos serviços de saúde nas dimensões do ensino, gestão, atenção e controle social, atuando como mecanismos de transformação do modelo hegemônico, baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde^{14,15,16,17}.

Nas últimas três décadas, o campo da saúde no Brasil desenvolveu espaços de produção de conhecimento na educação profissional que permitiram sistematizar as experiências acumuladas ao longo dos anos e avançar na conformação de alternativas pedagógicas adequadas às características do setor e às demandas originadas das políticas públicas para

*Citações no texto de acordo com a Revista Ciência e Saúde Coletiva.

a área¹⁸. Esse desenvolvimento faz parte da agenda do Movimento Latino Americano de Medicina Social, conhecido no Brasil como Saúde Coletiva, que tem na educação dos profissionais da saúde importante ferramenta para transformação dos referidos sistemas por seus trabalhadores^{19,20}, influenciados pelo caráter reformador da educação²¹ e pelo empoderamento do espaço de trabalho da saúde²².

A integração do trabalho com a educação passou a ser para o SUS uma forma de superar a dívida do sistema educacional com seus profissionais, como também de melhorar a qualidade da assistência prestada à população. Desde a década de 60, desenvolveram-se as Escolas Técnicas (ETSUS) e os Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS (CEFORH) com a missão de formar e qualificar trabalhadores dos níveis básico e médio, que atuam ou irão atuar nos serviços públicos de saúde^{18,23,24}. Atualmente são 36 escolas em todo o Brasil (Quadro 1) vinculadas ao SUS e responsáveis pela educação de cerca 480.857 trabalhadores dos serviços públicos de saúde nas três esferas de governo^{25,26,27}.

O objetivo deste artigo foi discutir a sustentabilidade administrativa das ETSUS a partir do princípio da integração ensino-serviço, que traz uma nova dimensão do trabalho na saúde ainda não regulada pela administração pública brasileira. Serão abordados, inicialmente, sua origem, conceito e política norteadora. Em seguida, serão descritos os métodos utilizados para a realização da pesquisa e de seus resultados. Finalizando, a discussão abordará os pontos sensíveis encontrados na gestão das ETSUS diante do SUS e dos limites da administração pública, apontando a regulação da atividade programática dessas escolas como ponto central para sua sustentabilidade.

Quadro 1. Distribuição dos Centros Formadores e Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil. ¹³

Estado	Região Norte
AC	Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha
AM	Escola de Formação Profissional Enf. ^a Sanitarista Francisca Saavedra
AP	Centro de Educação Profissional em Saúde Prof. ^a Graziela Reis de Souza
PA	Escola Técnica do SUS
RO	Centro de Educação Técnico-Profissional na Área de Saúde de Rondônia
TO	Escola Técnica de Saúde do Tocantins
	Região Nordeste
AL	Escola Técnica de Saúde Prof. ^a Valéria Hora
BA	Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis
CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
MA	Escola Técnica do SUS Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva
PB	Centro Formador de Recursos Humanos
PE	Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco
PI	Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez
RN	Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza
RR	Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima
SE	Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe
	Região Centro-Oeste
DF	Escola Técnica de Saúde de Brasília
GO	Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de

	Goiás
MT	Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso
MS	Escola Técnica do SUS “Prof. ^a Ena de Araújo Galvão”
	Região Sudeste
ES	Núcleo de Educação e Formação em Saúde
MG	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
MG	Escola Técnica de Saúde da UNIMONTES
RJ	Escola de Formação Técnica em Saúde Enf. ^a Izabel dos Santos
RJ	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
SP	Centro Formador de Osasco
SP	Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para a Área de Saúde do Estado de São Paulo
SP	Centro Formador de Pessoal para a Saúde – Franco da Rocha
SP	Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Araraquara
SP	Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis
SP	Centro Formador de RH de Pessoal de Nível Médio para a Saúde
SP	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo
	Região Sul
PR	Centro Formador de RH Caetano Munhoz da Rocha
RS	Escola Estadual de Educação Profissional em Saúde do Rio Grande do Sul
SC	Escola de Formação em Saúde/EFOS
SC	Escola Técnica de Saúde de Blumenau

4.1.1 Aproximação Histórica às ETSUS

Na década de 70 no Brasil, os Programas de Expansão de Cobertura (PEC), para as populações rurais e as campanhas de saúde pública, proporcionaram a organização dos centros formadores de recursos humanos em saúde nas estruturas de suas respectivas secretarias estaduais de forma a qualificar pessoal com baixa escolarização no próprio serviço, quando ainda não havia a preocupação da habilitação profissional prévia ao trabalho na saúde^{4,18,23,28}. A maioria das ETSUS foram criadas a partir da década de 80 com o objetivo de promover a profissionalização dos trabalhadores de nível médio para o desenvolvimento das ações de saúde^{24,28,29}. Convergindo com esse movimento, têm-se a luta dos trabalhadores da saúde por reconhecimento profissional e o movimento da reforma sanitária influenciando a organização das ETSUS no país^{30,31}. Além disso, o complexo setor saúde e um contingente de técnicos já empregados no setor sem formação adequada justificariam a criação de escolas específicas para a formação de seus recursos humanos^{18,23}. Durante a década de 90, o papel das ETSUS se inscreveu no centro de três grandes processos em curso no estado brasileiro: a reforma do aparelho do Estado, a reforma educacional e a Reforma Sanitária Brasileira (RSB)¹⁸.

O Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços Básicos de Saúde (Larga Escala) desempenhou importante papel na formação dos trabalhadores de nível médio, lançando bases para a proposta da integração do ensino nos serviços públicos de saúde brasileiros, bem como contribuiu para a estruturação da política pedagógica das ETSUS. Esse programa desenvolvido na década de 80 teve o objetivo de formar cerca de 300.000 trabalhadores sem qualificação específica para o trabalho em saúde que desempenhavam as funções mais diversas, desde a administração de serviços gerais até processos assistenciais³². Representando à época cerca de 50% da força de

trabalho empregada na saúde, milhares de servidores assumiram tarefas essenciais e complexas sem valorização social e institucional, nem identidade para se incorporarem às organizações profissionais, além de baixíssima inserção nos planos de carreira, cargos e salários de suas organizações^{30,32}. O programa durou 19 anos (1981-1999) com quase 96.000 alunos qualificados - dos quais de 60% a 70% profissionais da enfermagem - e outros 3.000 docentes formados, resultado de parceria entre o Ministério da Saúde Brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)³¹.

A experiência brasileira no Larga Escala serviu de paradigma na década 90 para o desenvolvimento, no eixo educacional, do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS, vinculado às reformas setoriais da saúde na América Latina^{32,33}. Nesse período, o Brasil recebeu financiamento para três projetos, dentre os quais o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em parceria com o Ministério da Saúde³³. O PROFAE foi um passo adiante do Larga Escala, idealizado com dois olhares: um para os 270.000 trabalhadores de enfermagem que prestavam assistência à saúde sem qualificação adequada e outro para criar mecanismos de sustentabilidade para as ETSUS^{18,30}. De 2000 a 2009, o PROFAE formou, segundo dados do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (DEGES/MS), 319.518 trabalhadores de enfermagem³⁴, sendo o maior projeto de educação em saúde e capacitação técnica na história do Brasil⁴. Verificou-se, entre os egressos do PROFAE, o aumento dos vínculos formais de trabalho, tanto entre os que estavam desempregados antes do curso quanto nos já empregados.

4.1.2 *As ETSUS como escolas-função*

Como definiu a enfermeira Izabel Santos, precursora desse movimento no Brasil, as ETSUS são escolas-função³⁰, escolas flexíveis²³, multiprofissionais, de caráter inclusivo, participativo e democrático. Como ferramentas de transformação, propõem a reflexão do fazer no ambiente do trabalho, promovendo o aprendizado institucional. Elas atuam na formação de técnicos de vigilância em saúde, ambiental e sanitária, de técnicos de enfermagem, de saúde bucal, radiologia, reabilitação, patologia clínica, como também dos agentes de saúde indígena, entre outras categorias e níveis de formação. O público alvo das ETSUS é composto por adultos provenientes das camadas populares, marginalizados pelo sistema formal de educação e que desempenham funções vitais nos serviços públicos de saúde.

As ETSUS estão organizadas na Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) criada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde/BRASIL (OPAS)^{25,35}. A RET-SUS completou 10 anos de existência em 2010, atuando como órgão coordenador da formação profissionalizante no SUS com o objetivo de compartilhar informações, buscar soluções de problemas de interesse comum, difundir tecnologias e promover a articulação de instituições de educação profissional em todo país^{25,35}, constituindo-se numa organização técnica e política das ETSUS.

Atualmente, as ETSUS estão envolvidas no Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) com a meta de formar 260.000 trabalhadores até o final de 2011, num investimento previsto de R\$ 60.000.000³⁶. Outro programa em andamento é o de formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que

contemplou com o itinerário inicial de 400 horas 153.435 alunos em todo Brasil desde 2004, segundo dados obtidos junto ao DEGES³⁴. O alcance internacional das ETSUS foi dado com sua participação na formação de trabalhadores do sistema de saúde público do Haiti após o terremoto do início de 2010³⁷.

4.1.3 Projeto político-pedagógico

A integração ensino-serviço emerge como proposta política e metodológica para a formação de trabalhadores sem qualificação ou formação específica. Trabalhadores edificam o saber entre si a partir de sua realidade nas dimensões do saber, do ser e do fazer. Norteados o projeto político pedagógico das ETSUS, tem-se a concepção da educação politécnica que pressupõe o trabalho como instrumento educativo orientado pela práxis³⁸. Sob essa perspectiva, a educação passa a permear o trabalho na saúde uma vez que um profissional ao ser qualificado por formação docente passa a formar seus colegas no próprio ambiente de trabalho, criando uma nova dinâmica na relação entre trabalhadores, e destes, com os serviços de saúde e a comunidade, numa perspectiva transformadora.

As ETSUS se organizam pedagogicamente por meio da metodologia da problematização, da capacitação pedagógica e do sistema de certificação por competências. A problematização constitui-se na metodologia do ensino, estudo e do trabalho para ser utilizada nos temas relacionados com a vida em sociedade³⁹. A partir de um problema detectado na vida cotidiana, a metodologia da problematização volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo³⁹. A capacitação pedagógica viabiliza a formação professor/trabalhador contextualizada em práticas sociais de saúde pautadas na reflexão crítica voltada para a construção de competências profissionais referenciadas

nessas práticas, em que o professor exerce, numa perspectiva de totalidade pessoal, as mediações possíveis da relação do aluno com o mundo⁴⁰. Previamente à realização de um curso, aqueles trabalhadores que passaram a acumular a atividade docente, quer seja nos momentos de concentração para realização das atividades em sala de aula, quer nos momentos de dispersão para a supervisão das atividades práticas, são capacitados pedagogicamente, levando-se em consideração o contexto dos trabalhadores/alunos e dos serviços de saúde⁴¹. O sistema de certificação por competências busca prioritariamente reconhecer e valorizar a qualificação real do trabalhador, compreendida como um conjunto de competências que vão além da dimensão cognitiva, constituindo-se mais no “saber-ser” do que no “saber-fazer”^{42,43}.

A partir de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) passa a guiar as ações da RET-SUS nos domínios administrativo, técnico e político. A educação permanente em saúde é definida como a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações^{44,45}. Em seu centro, traz a integração ensino-serviço como proposta metodológica para o desenvolvimento de competências para os serviços de saúde. Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional e o desenvolvimento das capacidades de aprendizagem, da docência e do enfrentamento criativo das situações de saúde¹⁴. Cecílio⁴⁶ definiu a EPS como um processo de sístole/diástole, visando o envolvimento do maior número de trabalhadores nas discussões em seus locais de trabalho nos momentos de diástole ou dispersão, e grandes momentos de síntese, de reflexão compartilhada nos momentos de sístole ou concentração, constituindo-se em espaço privilegiado de observação da vida organizacional do SUS em toda sua diversidade e complexidade.

4.1.4 Desafio

O SUS constitui-se num sistema estatal isolado com grandes dissensos com as demais áreas da administração pública, principalmente o direito público, planejamento e fazenda, sem contar com a nova tecnocracia administrativa rigidamente normatizada⁶. O novo sistema de saúde herdou uma estrutura administrativa centralizadora do regime militar, adotando a Teoria Geral da Administração como guia no planejamento normativo, administração de recursos humanos, financeiros, materiais e avaliação de resultados⁶. Por outro lado, os profissionais da saúde não foram deserdados da tradição liberal, mantendo um alto grau de autonomia. Diante desses enunciados, as ETSUS procuram se consolidar num espaço tenso, desafiado pelo processo de descentralização dos serviços de saúde dos últimos 22 anos. Essas instituições utilizam a integração ensino-serviço como instrumento não só pedagógico, mas de gestão, baseados no espaço do serviço e no “poder” do trabalhador da saúde. Contraditoriamente, as ETSUS desempenham um papel relevante na organização do trabalho na saúde no Brasil sem conseguir estabelecer uma relação sustentável, do ponto de vista administrativo, com seus professores, diante do princípio da integração ensino-serviço, pela falta de subsídios legais para o pagamento de hora-aula. Frequentemente, há a interpretação, por órgãos de controle interno e externo da administração pública, de acúmulo indevido de remuneração, quando um servidor público no seu horário de trabalho acumula a função de docente (recebendo por ela), colocando a integração ensino-serviço à margem do processo legal. Essa distorção legal que atinge as ETSUS relaciona-se também aos municípios e aos Colegiados de Gestão Regional, que são responsáveis pela condução da PNEPS regionalmente. A tese defendida nesse estudo sustenta que as ETSUS postulam uma nova dimensão do espaço de trabalho nos serviços de saúde do Brasil, à luz da

integração ensino-serviço, ainda não disciplinada pela administração pública, que compromete a sustentabilidade gerencial dessas instituições.

4.2 Métodos

No presente estudo, utilizou-se como ferramenta metodológica o estudo de caso⁴⁷ numa abordagem qualitativa do perfil administrativo das ETSUS. Minayo e Sanches⁴⁸ subsidiam a abordagem metodológica deste estudo ao definir o papel do estudo qualitativo: *“A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”* (p. 244).

Ao buscar conhecer aspectos gerenciais de instituições que usam o trabalho como metodologia de ensino nos serviços de saúde pública, incluíram-se seis escolas pertencentes à RETSUS nas regiões Centro-Oeste (1), Nordeste (1), Sul (1) e Sudeste (3). Para a coleta de dados, realizou-se inquérito com os gestores das ETSUS por meio de questionários semiestruturados enviados por e-mail. O questionário continha perguntas abertas e fechadas, divididas em três módulos conforme o quadro 2, com campos para breve descrição pelo participante da pesquisa. A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2010 e janeiro de 2011.

Todos os participantes do inquérito são gestores das ETSUS (diretores ou coordenadores) que respondem diretamente pela instituição. Esta pesquisa envolveu também levantamento bibliográfico de documentos oficiais do Ministério da Saúde, da revista da RETSUS, da base de dados da biblioteca da OPAS, da literatura oficial do SUS e de bases de artigos científicos nacionais e internacionais. No que concerne aos aspectos éticos, encaminhou-se aos entrevistados o termo de consentimento livre e

esclarecido, por meio do qual os pesquisadores se colocaram à disposição para sanar quaisquer dúvidas a respeito de implicações éticas decorrentes desta pesquisa. Para salvaguardar o anonimato dos participantes, não foi citado nesse artigo o estado ao qual cada ETSUS pertence. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), processo FOA nº 2.224/09 (Anexo).

Quadro 2. Categorias de análise e temas abordados na entrevista com os gestores.

Categorias	Temas
Institucional	Relação administrativa com o SUS; instrumentos legais de criação das escolas; posicionamento organizacional; ente federado mantenedor.
Administrativa	Financiamento; capacidade de execução orçamentária dos recursos; relação contratual com corpo docente; capacidade de execução dos projetos pactuados pela PNEPS.
Gestão do trabalho	Planos de carreira e previsão da docência em serviço; existência de regulação por leis, decretos ou portarias que disciplinem a atividade docente nos serviços de saúde; percepção dos gestores a respeito da consonância das ETSUS com o princípio da integração ensino-serviço.

4.3 Resultados

Numa primeira aproximação às escolas, esse estudo discute aspectos institucionais. Todas são da administração direta ligada ao SUS, sendo cinco na esfera estadual e uma na municipal. As secretarias de saúde mantêm cinco das ETSUS pesquisadas, com uma gerenciada por um consórcio intermunicipal de saúde. A subordinação na estrutura

organizacional da mantenedora transitou entre coordenadorias de recursos humanos, diretoria de ações de saúde, secretaria adjunta e gabinete do secretário; apenas uma não possui estrutura organizacional própria. Em relação à autonomia de gestão, cinco declararam-se dependentes da mantenedora para firmar qualquer contrato, convênio ou cooperação. Duas escolas analisadas possuem identidade jurídica própria. O quadro 3 resume alguns dos aspectos institucionais das ETSUS.

Quadro 3. Características administrativas das ETSUS evidenciadas na pesquisa.

- ✓ Organização em rede com alta integração entre seus pares, com projeto político unificador e agenda comum perene.
- ✓ Atuam com ações em ampla escala envolvendo trabalhadores do SUS, bem como a sociedade civil organizada e movimentos sociais.
- ✓ Trabalham pela lógica de projetos, construídos e pactuados dentro do SUS.
- ✓ Orçamento com certa volatilidade, altamente dependente de políticas do governo federal.
- ✓ Gestão e planejamento centralizados.
- ✓ Ações educacionais descentralizadas, adaptando-se fisicamente à realidade dos serviços que recebem os cursos.
- ✓ Quadro de trabalhadores originalmente da mantenedora (a maioria de secretarias de saúde).
- ✓ Atuam sem quadro docente permanente, utilizando-se de força laboral dos serviços que recebem os cursos.
- ✓ Sem plano de carreira próprio, subsidiadas nos planos das mantenedoras (quando possuem).
- ✓ Possuem equipes de gestão das atividades educacionais, mas sem equipes de gestão do trabalho.

- ✓ A seleção do corpo docente se dá por concurso público, licitações, indicação do serviço, notório saber e editais públicos.
- ✓ Sem uma política clara de gestão docente por meio da integração ensino-serviço. O contrato entre as ETSUS e corpo docente é precário em sua maioria.
- ✓ Pouca autonomia administrativa e altamente dependente das mantenedoras, em que pese a disponibilidade de recursos específicos para suas ações.
- ✓ Apresentam problemas de gestão que comprometem prazos e resultados.

Somente uma das instituições relatou dotação orçamentária própria e autonomia na ordenação de despesas, ao passo que três reportaram problemas com a execução de recursos para as suas atividades. A alocação anual de recursos não pareceu estável em três escolas e nas demais existe percentual pré-estabelecido do orçamento do ente federado responsável. Todas recebem transferências de recursos da União na modalidade fundo a fundo, condicionadas à pactuação de projetos e a convênios com financiamento de órgãos internacionais, como o BID e o Banco Mundial, consignados pelo governo federal. Houve relatos de atraso na transferência de recursos, insuficiência dos mesmos, cortes, contingenciamentos e falta de autonomia de gestão. As despesas relatadas cobrem pessoal, contratação de docentes externos (que não fazem parte do quadro de pessoal da mantenedora e/ou das ETSUS), capacitação para seus trabalhadores, compra de material permanente e de consumo, contratação de serviços, produção de material didático, obras e reformas.

Em relação aos aspectos programáticos das ETSUS, a integração ensino-serviço orienta a realização dos seus cursos, porém a instrumentalização legal dessa atividade foi pouco citada. Duas escolas relataram utilizar decretos ou portarias para selecionarem professores e o mesmo número reportou celebrar contratos com docentes, onde o pagamento dos mesmos se dá por hora-aula e hora-atividade ministradas. A

precariedade dos vínculos é uma preocupação para todos os gestores entrevistados. Quatro dos seis gestores acreditam que a falta de uma regulamentação da atividade docente em serviço influencia negativamente a execução orçamentária das ETSUS. Apesar desse cenário, somente uma escola reportou sofrer ações trabalhistas e outros questionamentos por órgãos de controle externo (Tribunais de Contas, Auditorias e Controle Interno).

Quando questionados sobre a necessidade de planos de carreira específicos para as ETSUS, os gestores foram unânimes em afirmar tal necessidade, mesmo nos casos onde o Estado prevê a docência por servidores públicos. Exceto uma, as escolas reportaram a falta de harmonia entre a legislação que disciplina o regime jurídico dos servidores públicos (formas de seleção, contratação, pagamento) e o princípio da integração ensino-serviço, estabelecido pela política de educação permanente na saúde. Tal fato, para os gestores, traz danos à vocação das ETSUS de formar trabalhadores em serviço por meio de seus pares. Como questão final, o estudo inquiriu se haveria a necessidade de regulamentação específica para o exercício da atividade docente em serviço em seus cursos, à luz da integração ensino-serviço. Nesse caso, todos os participantes responderam sim. As seguintes sugestões foram trazidas pelos gestores: instituição de equipes específicas para conduzir a docência em serviço, constituição de plano de carreira específico para as ETSUS, implantação de quadro permanente por áreas, elaboração de legislação que ampare o trabalho docente realizado em serviço pelas ETSUS e troca de experiências entre instituições com missão semelhante para encontrar soluções que desburocratizem a execução dos cursos.

4.4 Discussão

Utilizando-se do próprio trabalho como ferramenta metodológica para formar e qualificar trabalhadores com baixa escolarização, inseridos nos serviços de saúde e com grande conhecimento técnico advindo da prática cotidiana, as ETSUS tornaram-se um dos projetos mais bem sucedidos de profissionalização em larga escala de saúde na América Latina. O processo de consolidação dessas instituições foi marcado por avanços e retrocessos²³, principalmente por se distanciar do modelo formal de formação profissional no Brasil, que se mostrou ineficiente no contexto do SUS^{18,23}.

A descentralização do poder decisório abriu oportunidades para maior participação cidadã e para inovações no campo da gestão pública dentro do contexto de reformas pós-ditadura, onde várias políticas públicas foram reinventadas e disseminadas pelo país^{7,9,49,50,51}. O compartilhamento de responsabilidades federativas e a descentralização das prerrogativas e competências institucionais entre as esferas governamentais produziram experiências singulares, como as ETSUS, que externam contradições primordiais entre as premissas constitucionais e normativas estabelecidas, as alternativas e opções de direcionalidade institucional, as condições de governabilidade e a capacidade efetiva dos governos de implementação das políticas e estratégias adotadas⁵². As ETSUS se constituem para a administração pública brasileira na expressão da inovação na gestão, abrindo um horizonte novo no processo de educação institucional, que por seu caráter reflexivo, contradiz normas e rotinas.

Fragilidades dos instrumentos de gestão das ETSUS são datadas desde a execução do PROFAE. Em 2004, a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) publicou um relatório referente ao componente de modernização e fortalecimento das ETSUS, apontando medidas que poderiam contribuir com a sustentabilidade das escolas, como a ampliação

da autonomia de gestão (administrativa e financeira), um melhor posicionamento das ETSUS dentro da estrutura organizacional das secretarias estaduais de saúde, a regularidade de pagamento de docentes e a implementação de instrumento legal para contratação de professores, bem como para pagamento da hora-aula⁵³.

O Ministério da Saúde vem apontando falhas na gestão dos projetos concebidos pela educação permanente, como a necessidade de aperfeiçoamento e revisão dos processos administrativos e marcos legais por estados e municípios, de modo a permitir a contratação e execução das ações educacionais em serviço²⁶. A fragilidade gerencial relaciona-se a uma série de problemas jurídicos da administração pública brasileira, já que as secretarias de saúde não têm experiência em executar recursos com outras atividades que fogem dos modelos clássicos de licitação, muitas vezes ferindo as regras do controle e da administração pública²⁶. Questões relacionadas à precariedade dos vínculos de trabalho no SUS e à alta mobilidade dos trabalhadores da saúde complicam a sustentabilidade administrativa da gestão da educação permanente³³.

As debilidades na gestão da educação na saúde podem ser um indicativo de perda de relevância política da PNEPS no Brasil. Contudo, as limitações administrativas apresentadas pelas ETSUS refletem a própria gestão do SUS. Numa pesquisa realizada com 12 secretários estaduais de saúde, Lotufo e Miranda⁵² verificaram tensões em questões como burocracia, centralização administrativa, ausência de planos de carreira e ascensão funcional, salários baixos, problemas de governabilidade (pressão e interferências externas) e subfinanciamento. As secretarias que possuem Centros Formadores de Recursos Humanos e Escolas de Saúde Pública afirmaram ter capacidade limitada para dar conta dos enormes desafios de formação para o SUS no âmbito estadual⁵². No mesmo sentido, Silveira et al.⁵⁰ verificaram um quadro conhecido entre os trabalhadores do SUS:

carência de estrutura adequada nas áreas de gestão do trabalho, educação, informação e comunicação em saúde; além de identificar as fragilidades da gestão por meio dos indicadores de apoio político.

Os gestores demonstraram, nesse estudo, a necessidade de se regulamentar a atividade docente nos serviços de saúde, no que concerne à contratação e pagamento de professores, como forma de superar um obstáculo burocrático que interfere na atividade fim das escolas. Por um lado, a constituição de um quadro de trabalhadores permanente e estável que possa coordenar as atividades técnico-pedagógicas das ETSUS ao longo dos anos. Por outro, a institucionalização de instrumento jurídico que permita a contratação temporária dos docentes já empregados nos serviços de saúde para a realização dos cursos, fundamentados no caráter excepcional, temporário e relevante da formação de recursos humanos em saúde, considerando a legalidade da cumulação de vínculos pelos profissionais da saúde e da educação⁵⁴, com a devida remuneração por todas as tarefas que a atividade docente exige do trabalhador, quer seja em classe ou fora⁵⁵.

A regulação da integração entre educação e serviços de saúde foi abordada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no que concerne a ações inovadoras em formação de recursos humanos em saúde, com objetivo de promover condições satisfatórias para a qualificação das atuais e futuras equipes de saúde⁵⁶. O governo brasileiro sinaliza a necessidade de regulação específica, por estados e municípios, do princípio da integração ensino-serviço, referente ao magistério exercido por servidor público²⁶. No entanto, o Ministério da Saúde pode ser pró-ativo nessa matéria, lançando bases técnicas e administrativas que sustentem no âmbito administrativo a educação permanente, baseado no artigo 200 da Constituição de 1988, que designa ao SUS o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde⁵⁷. O fortalecimento institucional das ETSUS no Brasil vai ao

encontro do que Frenk et al.¹³ chamam de estabelecimento de um sub-sistema de educação nos sistemas de saúde, ou seja, sua auto-organização por meio de políticas públicas de formação de recursos humanos pelo próprio setor. Tal fato diminui a dependência da macroestrutura liberal de produção de saúde, das práticas médicas centradas e também da estrutura educacional utilitarista, fortalecendo o trabalho e visando o cuidado nos serviços públicos de saúde^{10,13,15,16}.

4.5 Conclusão

Após analisar aspectos gerenciais das Escolas Técnicas e dos Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS, conclui-se que essas instituições apresentam problemas de gestão relacionados à integração ensino-serviço. As ETSUS postulam a gestão do SUS uma nova dimensão do trabalho pela integração ensino-serviço, sob a égide do regime jurídico único, que precisa ser disciplinado para conferir sustentabilidade às escolas do SUS, evitando dissensos com a legislação pública brasileira.

5.6 Referências*

1. Báscolo Ernesto. Governança y economía política de las políticas de APS en América Latina. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011;16(6): 2763-2772.
2. Ocké-Reis CO, Marmor TR. The Brazilian national health system: an unfulfilled promise? *Int J Health Plann Manage* 2010; 25 (4): 318-29.
3. Coelho IB. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezoito anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* 2010; 15(1): 171-183.
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377: 1778–1797.
5. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011;377(9782):2042-2053.
6. Campos, GWS. Reforma da Reforma repensando a saúde. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 1997.
7. Paim, JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
8. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet* 2011;377:1724-1725.
9. Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 28(6): 446-455.
10. Kilpatrick SI, Johns SS, Millar P, Le Q, Routley G. Skill shortages in health: innovative solutions using vocational education and training. *Rural Remote Health* 2007;7(1):623-636.

*Referências organizadas conforme normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

11. Trotsky-Sirr R. Adentro Barrio Adentro: An American Medical Student in Venezuela. *Social Medicine* 2008; 3(4); 248-252.
12. Tang KC, Nutbeam D, Kong L, Wang R Yan J. Building capacity for health promotion—a case study from China. *Health Promot Int* 2005;20(3);285-295.
13. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376:1923-1958.
14. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2004;14(1):41-65.
15. Cohen JJ. Medical Education in an Era of Health-Care Reform. *Perspect Biol Med* 2011;54(1):61-67.
16. Rieselbach RE, Crouse BJ, Frohna JG. Teaching Primary Care in Community Health Centers: Addressing the Workforce Crisis for the Underserved. *Ann Intern Med* 2010; 19;152(2):118-122.
17. Campos AI. Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud. *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16(6): 2725-2732.
18. Sório RER. Educação profissional em saúde no Brasil: a proposta das Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde. *Formação* 2002;2(5):45-57.
19. Waitzkin H, Iriart C; Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: Lessons from Latin America. *Am J Public Health* 2001;91(10);1592-1601.

20. Tajer D. Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s, and Current Challenges. *Am J Public Health* 2003;93(12); 2023-2027.
21. Freire P. Pedagogia do oprimido. 47^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
22. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
23. Santos I. Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (ETSUS). *Formação* 2002 Mai; 2(5):87-95.
24. Galvao E. Cenário nacional das escolas técnicas do SUS: a criação dos CEFOR no Brasil. *Saúde soc.* 2009; 18 (supplement 2):60-63.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009 que Institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS e dispõe sobre as diretrizes para a sua organização. *Diário Oficial da União* 2009; 25 nov.
26. Fundação Oswaldo Cruz. Um balanço da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Revista RET-SUS* 2010;5(38):12-16.
27. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Estatística de Saúde Assistência Médico-Sanitária [serial on the internet] 2010 [cited 2011 Jan 22]; [about 167p.]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>
28. Pereira IB, Ramos, MN. Breve histórico das instituições. Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006; [Monografia]:45-61.
29. Sório R, Lamarca I. Novos desafios das escolas técnicas de saúde do SUS. *Physis* 1998;8(2):147-164.

- 30.Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista Izabel Santos. *Revista RET-SUS* 2010;5(39):04-07.
- 31.Fundação Oswaldo Cruz. Antes da Rede. *Revista RET-SUS* 2011;5(41):05-06.
- 32.Souza MAS, Galvão EA, Dos Santos I, Roschke MA. Processo educativo nos serviços de saúde. Série desenvolvimento de recursos humanos nº1. *Organização Pan-americana da Saúde – OPAS* Brasília: OPAS;1991.
- 33.Davini MC, Nervi L, Roschke MA. La Capacitación del Personal de Los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial. Programa de Desarrollo de recursos Humanos. *Organización Panamericana de la Salud OPAS* Washington: OPAS; 2002.
- 34.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (Personal Communication Dec 20 2010).
- 35.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1298 que Institui a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). *Diário Oficial da União* 2000; 28 nov.
- 36.Fundação Oswaldo Cruz. PROFAPS. *Revista RET-SUS* 2010;5(38):10-15.
- 37.Fundação Oswaldo Cruz. RETSUS participa de formação de profissionais no Haiti. *Revista RET-SUS* 2010;5(39):2-5.
- 38.Ramos M. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. *Trab. educ. Saúde* 2009; 7(supl.1):153-173.
- 39.Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface comun. saúde educ* 1998 2(2): 139-154.

- 40.Lobo Neto FJS. Ser professor: necessidade de formação profissional específica. *Formação* 2002;4(1):5-13.
- 41.Bomfim MIRM, Torrez MNFB. A formação do formador no PROFAE: refletindo sobre a proposta na área de enfermagem. *Formação* 2002;4(1):15-34.
- 42.Marques CMS. Certificação de competências profissionais: o que o PROFAE está pensando e fazendo. *Formação* 2001; 2(1):55-62.
- 43.Torrez MNFB. Sistema de Certificação de Competências PROFAE: bases conceituais. *Formação* 2001;2(1):47-53.
- 44.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 198 que Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 13 de fev.
- 45.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.996 que Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 20 de ago.
- 46.Cecilio LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(3): 557-566.
- 47.Maxwell JA. *Qualitative Research Design An Interactive Approach*. 2ª Ed. London: Sage; 2005.
- 48.Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública* 1993;9(3):237-248.
- 49.Abrucio, FL. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Rev Adm Pública* 2007; 41(especial): 67-86.
- 50.Silveira DS, Facchini LA, Siqueira FV, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilélio AS, Maia MFS. Gestão do trabalho, da

- educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(9):1714-1726.
- 51.Fadel CB, Schinider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Rev Adm Pública* 2009; 43(2): 445-56.
- 52.Lotufo M, Miranda AS. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *Rev Adm Pública* 2007; 41(6); 1143-1163.
- 53.Universidade Estadual de Campinas UNICAMP. Avaliação institucional do PROFAE e definição de parâmetros para o estabelecimento de sistemas de acompanhamento do mercado de trabalho em saúde, especialmente em enfermagem. Campinas: UNICAMP; 2004.
- 54.Brasil. Artigo 37 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
- 55.Brasil. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União* 1988; 20 dez.
- 56.World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: WHO; 2010.
- 57.Brasil. Artigo 200 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.

5 PRIMEIRA PARTE: O CONTEXTO INTERNACIONAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE

5.1 A privatização neoliberal dos sistemas de saúde: o papel do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial

5.1.1 O neoliberalismo e seus agentes

O surgimento do neoliberalismo, no fim da década de 70, tirou a industrialização e a geração de empregos da prioridade da agenda mundial em troca do capital financeiro, parte do processo que se constitui na Globalização Corporativa Neoliberal (SIQUEIRA et al., 2003), convencionalmente chamada de Globalização. Com a queda do socialismo no leste europeu, iniciou-se uma violenta ofensiva do monopólio financeiro mundial com políticas decididas pelo “Consenso de Washington,” que pode ser resumido em quatro princípios: “abertura econômica”, isto é, o fim das barreiras alfandegárias que as nações utilizam para proteger o seu parque produtivo; “desestatização”, ou seja, a privatização das empresas de propriedade do governo; “desregulamentação”, pelo fim das regras que limitam o movimento de capitais em nível internacional e interno, especialmente o especulativo e a “flexibilização” das relações de trabalho, com o retrocesso dos direitos sindicais, trabalhistas e previdenciários (SOUZA, 2004; SOUZA, 2008).

Segundo Rowden (2010), essas políticas não representam inovações, pelo contrário, estacionaram-se no século XIX nas ideias de Adam Smith e David Ricardo, que propunham o livre mercado e as vantagens competitivas. De acordo com esse pensamento, os países não deveriam proteger suas indústrias e nem mesmo diversificar a sua capacidade produtiva. Essa fórmula levou os países “em desenvolvimento” à chamada dependência externa, caracterizada pela forma de relação em que os países

“centrais” ou “desenvolvidos” subjagam, economicamente, os países “periféricos” ou “em desenvolvimento”. Essa dependência expressa subordinação, a ideia de que o desenvolvimento do país da periferia esteja submetido (ou limitado) pelo desenvolvimento daqueles do centro. Esse desenvolvimento viria de acordo com o padrão de desenvolvimento de cada Estado e segundo sua inserção no capitalismo mundial. Contudo, os países centrais ou imperialistas não tiveram seu desenvolvimento subjagado por outras potências, tornando-se industrializados por meio de fortes políticas internas de emprego e geração de renda, produção de pesquisa e desenvolvimento tecnológico; itens absolutamente necessários ao crescimento e desenvolvimento de uma nação (REINERT, 2007; SOUZA, 2004).

A crise dos mercados financeiros, em 2008, foi mais uma evidência da economia da crise gerada pelo capital financeiro. A propagação neoliberal do tripé liberalização, privatização e desregulamentação abriu caminho para as grandes corporações financeiras fazerem operações de alto risco com dinheiro da sociedade, fundamentadas na sabedoria do mercado e na sua autogestão, criando um verdadeiro cassino administrado pelos especuladores (BENATAR et al., 2011).

Os títulos “podres” dos bancos, no caso os derivativos *subprime* (nesse contexto o termo *subprime* expressa uma linha de crédito de maior risco para os bancos) das hipotecas do setor imobiliário dos Estados Unidos, foram transferidos para as dívidas públicas dos governos ao redor do mundo (principalmente os europeus) por meio dos pacotes de resgate aos bancos quebrados, por serem “grandes demais” para falir. Isso direcionou o mundo para uma profunda recessão, tendo como epicentro os Estados Unidos e a Europa que até agora buscam como remédio as mesmas políticas econômicas que geraram a crise: mais mercado e menos Estado.

Os mesmos que pregaram a inexorabilidade do resgate das instituições financeiras, em 2008, com o dinheiro público, passaram agora a pregar a austeridade fiscal como resposta à crise. Na realidade, o que está em jogo é a garantia da solvência da dívida mobiliária dos Estados junto aos bancos, que foram resgatados pelos Estados com uma enormidade de dinheiro público.

O neoliberalismo e o cenário macroeconômico mundial devem ser acompanhados de perto por aqueles que militam por um sistema de saúde universal, integral e gratuito (ROWDEN, 2010). Os países desenvolvidos atuam por meio de agências multilaterais internacionais, acordos comerciais e áreas de livre comércio para forçar a abertura de mercados para o complexo médico-industrial (indústria dos seguros-saúde, farmacêutica e médico-hospitalar) (STUCKLER et al., 2010). O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial atuam como interlocutores do mercado financeiro e das grandes corporações, trazendo agendas recessivas para os países que recebem os famosos pacotes econômicos, que vêm em troca de arrochos nos orçamentos públicos, aumento dos juros, privatizações, corte nos gastos sociais e diminuição ou eliminação de regulamentos e leis que protegem o mercado interno e a sociedade.

O Banco Mundial, com uma política baseada na blindagem das economias neoliberais, propagou durante os últimos 30 anos a autonomia dos Bancos Centrais, que são os guardiões da política monetária de uma nação, em desfavor da interferência dos governos ou da sociedade civil organizada. Essa “autonomia” refere-se, em verdade, à submissão dos Bancos Centrais às determinações do mercado financeiro (BENATAR et al., 2011).

O quadro do parágrafo anterior resultou em políticas de metas de inflação e arrocho fiscal, que na verdade não se constituíram em

instrumentos de proteção da moeda, mas sim em justificativas para a manutenção de juros altos, garantindo ganhos exorbitantes aos grandes bancos e aos especuladores nacionais e internacionais (BENATAR et al., 2011).

Com a função de “socorrer” economias em desajustes, o FMI exerce forte influência nos gastos em saúde nos países socorridos financeiramente, por meio de pacotes econômicos que impõem políticas recessivas aos tomadores de empréstimos. Nos últimos 20 anos, o FMI socorreu economias de países pobres em pelo menos sete anos a cada década, financiando dívidas mobiliárias e reestruturando economias das nações em desenvolvimento, tornando-se importante delineador de políticas macroeconômicas nesses Estados (SCHNITTKER; BHATT, 2008). Frequentemente, as cartas-compromissos que os países são obrigados a assinar incluem a redução do gasto público e o corte de gastos sociais (STUCKLER; BASU, 2009).

Esses cortes geraram, por um lado, espaço para as transnacionais se instalarem nas áreas mais importantes para o desenvolvimento social dos países (i.e. saúde, educação e saneamento) e por outro, geraram dividendos aos investidores que apostaram nos juros da dívida pública, conseqüentemente enfraquecendo a capacidade de investimento dos países devedores. Evidências em alguns países latino-americanos demonstram que esses pacotes enfraquecem os sistemas de saúde, direcionam recursos da saúde para outras áreas da economia e aumentam as iniquidades socioeconômicas nos Estados mais pobres (OOMS; HAMMONDS, 2009; STUCKLER; BASU, 2009; STUCKLER et al., 2010).

Os acordos de livre comércio, regionais ou bilaterais, estabelecidos e balizados pela Organização Mundial do Comércio (OMC), atuam na quebra de regras que protegem a indústria dos países em desenvolvimento para os produtos e serviços das grandes corporações, com duas frentes

claras: desmantelamento da indústria dos países periféricos e ampliação de mercado para os países centrais. A OMC defende para o setor saúde a sua “harmonização”, que significa a sua desregulamentação para que haja a permissão da instalação de organizações transnacionais nos países signatários, permitindo a entrada de administradoras de hospitais e seguros privados, de acordo com os tratados internacionais de tarifas e comércio, como o *North American Free Trade Agreement* (NAFTA), em Português, Tratado de Livre Comércio da América do Norte (WAITZKIN et al., 2007). Em consonância com essas regras, devem cair barreiras para produtos hospitalares, medicamentos, proteção de patentes e software. Os tratados de livre comércio evitam ao máximo a regulação da área da saúde por parte dos governos, que tendem politicamente a disciplinarem os mercados de seguro, no que concerne a preços, à seleção de pacientes e à extensão de cobertura.

5.1.2 A privatização neoliberal dos sistemas de saúde

A privatização de um sistema de saúde pressupõe, no amplo sentido da palavra, a mudança no entendimento da saúde como um bem coletivo e um direito humano fundamental para um produto de consumo e uma responsabilidade privada (ARMSTRONG; ARMSTRONG, 2008). Na visão do Banco Mundial, saúde é um bem de consumo que deve ser tratado sob os princípios do livre comércio (WAITZKIN; IRIART, 2001). Privatizar um sistema de saúde exige o controle privado das ações públicas, a sua oferta pelo mercado dos seguros ou pelo desembolso direto - quando um indivíduo paga diretamente ao prestador de serviços de saúde- com a separação entre o financiamento e a oferta de serviços. A instituição de competição dentro do sistema contrasta com os sistemas públicos que integram financiamento e assistência numa mesma estrutura (LEYS; PLAYER, 2011; WAITZKIN et al., 2007). Reformas neoliberais na saúde

são orientadas não pela demanda da população, mas pela capacidade e interesse dos prestadores de serviço.

A iniciativa neoliberal encontra justificativa para a administração privada do financiamento público na sua suposta eficiência e agilidade, que promoveria serviços de qualidade superior a dos públicos, por um preço menor. Trata-se assim, da privatização dos sistemas públicos de saúde em que o Estado terceiriza seus serviços à iniciativa privada com o objetivo de dinamizar a gestão das unidades públicas, que para os neoliberais é burocrática, corrupta, ineficiente e mais cara. A partir desse pensamento, constitui-se a privatização do patrimônio público da saúde, passando-o às mãos das grandes corporações transnacionais do setor, que teriam retorno certo, livre de investimentos e riscos, porque quem de fato investe e assume os riscos continua a ser o Estado.

A privatização tem um período de gestação em que há uma “armação” contra o sistema a ser privatizado, a partir do sucateamento dos serviços por meio de seu subfinanciamento e pela deterioração dos vínculos de trabalho dos profissionais da saúde. Nos casos dos sistemas públicos que são privatizados, há uma etapa anterior chamada por Oh et al. (2011) de semiprivatização, que seria a entrega das unidades públicas para a administração privada, contudo ainda sob propriedade estatal. Para os autores, a etapa seguinte é a entrega do sistema como um todo para a iniciativa privada com e sem fins lucrativos (OH et al., 2011). Os defensores da privatização propagam a incapacidade dos serviços públicos em ofertar saúde universal e gratuita, como também o alto custo para os contribuintes, com a promessa de eficiência, modernização e melhoria da qualidade dos serviços pela iniciativa privada (WAITZKIN et al., 2007).

Como resultado da privatização, há o aumento dos custos pela necessidade da realização de dividendos para investidores e a ampliação das barreiras de acesso à saúde dos pobres, idosos e deficientes (OH et al.,

2011; WAITZKIN et al., 2007). A instituição da competição entre prestadores de serviço se tornou o argumento central dos neoliberais, os quais acreditam que a concorrência reduz os preços e traz ganhos para o consumidor. O que se percebe, em regra geral, é o oposto: há a formação de cartéis que estabelecem preços e condições mínimas, ocasionando aumento dos mesmos e a limitação na oferta de serviços.

As seguradoras estadunidenses trabalham com uma margem de 80% do orçamento para o pagamento dos serviços de saúde, enquanto o restante é destinado a custos administrativos e lucros (REID, 2009). Como a base do seguro-saúde é a cooperação entre os associados, ou seja, aqueles saudáveis pagam pelos doentes, as corporações precisam ampliar ao máximo aqueles “saudáveis” em detrimento daqueles de alto risco (PAULY et al., 2006). É a chamada seleção de riscos, quando doentes crônicos são expulsos do sistema. A regra é reduzir ou eliminar a cobertura de pacientes pobres e de alto risco. Além disso, como esse sistema gera lucro ao produzir procedimentos, existe o chamado sobreuso, onerando o modelo. Como consequência, há a imposição pelas administradoras dos planos de barreiras de acessibilidade com a glosa de exames, cirurgias e internações no intuito de diminuir custos. As filas de espera, que vitimam os sistemas públicos de saúde em todo o mundo, também fazem parte do cotidiano dos usuários de planos de saúde.

5.1.3 O paradigma do Banco Mundial para organização dos sistemas de saúde: o sistema de saúde dos Estados Unidos

Para entender o modelo dos sistemas de saúde advogados pelo Banco Mundial, basta compreender o sistema de saúde dos Estados Unidos, baseado em subsídios públicos à demanda de menor renda, financiamento privado e instituições executoras privadas. Esse paradigma de sistemas de

saúde foi denominado pelo Banco Mundial de pluralismo estruturado (WORLD BANK, 1994).

Nos Estados Unidos, todos aqueles que possuem recursos para pagar por saúde terão a medicina de mais alto valor tecnológico, mas também a mais cara do mundo. Projeta-se o gasto em saúde para o ano de 2015 em aproximadamente US\$4 trilhões, representando 20% do PIB (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, 2008).

O governo nacional e os subnacionais dos Estados Unidos participam com aproximadamente 46% do total de gastos no setor por meio dos programas *Medicare* (destinado aos aposentados e pessoas com deficiência), *Medicaid* e o *State Children's Health Insurance Program* (destinado à população abaixo da linha federal de pobreza e à cobertura infantil) e o *US Department of Veteran Affairs - VA* (destinado aos veteranos de guerra e seus dependentes) (GREENWALD, 2010).

O *Medicare* cobre mais de 46 milhões de pessoas, consumindo 17% do gasto em saúde dos Estados Unidos. O programa tem quatro linhas de cobertura: *Medicare* partes A, B, C e D. O *Medicare* partes A e B cobre serviços hospitalares de diagnóstico e de remuneração médica. O *Medicare* partes C e D faz parte de um *pool* de seguros privados de saúde adquiridos pelos usuários do *Medicare*, que complementa os serviços não cobertos pelas partes A e B (*Medicare* parte C) e financia a compra de medicamentos (*Medicare* parte D). O *Medicare*, partes C e D, é financiado com recursos dos seus beneficiários, subsidiado pelo governo. O *Medicare* tem sido alvo de constantes ataques da direita ultraconservadora estadunidense que prega sua insustentabilidade financeira pelo custo crescente da prestação de serviços de saúde. Entretanto, esse programa tem grande apreço entre seus usuários, sendo considerado por especialistas como um modelo que deveria ser aplicado a toda população dos Estados Unidos.

O *Medicaid* e o *State Children's Health Insurance Program* são programas administrado pelos estados, com uma contrapartida financeira do governo federal estadunidense (50% em média), marcados por grandes diferenças de cobertura e qualidade de um estado para o outro. O programa representa 17% de todo o gasto em saúde, cobrindo em torno de 52 milhões de pessoas, dentre elas 25% de todas as crianças. Mais de sete milhões de idosos e de pessoas com deficiências que vivem abaixo da linha de pobreza têm a sua cobertura garantida por meio do *Medicaid*. Esse é um programa diferente do *Medicare*, na forma como é encarado pela população e pelo governo, por ser visto como uma ação residual para pobres e menos afortunados, com limitação na sua cobertura, acentuado por diferenças entre estados.

Já o programa desenhado para os veteranos de guerra - o Departamento de Saúde dos Veteranos (*US Department of Veteran Affairs-VA*) é administrado e financiado pelo governo, integrando força de trabalho, financiamento e assistência em hospitais e unidades de saúde estatais. Esse sistema assiste mais de 5,5 milhões de veteranos e seus familiares, custando 13% do valor dispendido em saúde nos Estados Unidos. O VA se baseia nos princípios dos sistemas nacionais de saúde, como o britânico e o cubano, com boa avaliação pelos usuários, oferecendo atendimento integral aos seus beneficiários (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, 2008).

O gasto privado em saúde consome 54% dos gastos no setor nos Estados Unidos, por meio dos seguros privados de saúde e do desembolso direto pelos pacientes. As administradoras privadas pagaram somente 35% do gasto com tratamentos e procedimentos em saúde no ano de 2005. Os fundos privados de saúde agregaram nesse ano mais de 50% de todo o montante de gastos em saúde nos Estados Unidos. A modalidade mais frequente é a divisão dos custos das apólices entre empregador-empregado,

mas tem havido uma queda desses seguros nos últimos anos, em decorrência da crise econômica e dos aumentos das apólices muito além da inflação e do ganho médio do trabalhador. A necessidade de copagamentos também aumenta o peso sobre a renda das famílias num evento de doença. Aproximadamente 16% da população dos Estados Unidos não tem qualquer tipo de cobertura à saúde por não se enquadrar num dos programas governamentais e nem ter condições para adquirir um seguro privado de saúde, em um país em que 45% da população tem pelo menos uma doença crônica. O gasto por desembolso direto gira em torno de 13% de todo o gasto em saúde, levando famílias a contraírem pesadas dívidas junto às seguradoras e hospitais privados (REID, 2009).

5.1.4 A exportação do modelo de saúde dos Estados Unidos

Entendendo a saúde como um bem administrado pelo mercado, agências econômicas multilaterais trabalham a serviço das transnacionais para a exportação, a partir dos Estados Unidos, das administradoras de seguros de saúde para os países da Ásia, África e da América Latina, já que o modelo neoliberal encontrou resistência nos países europeus pelo forte apoio popular dos sistemas nacionais de saúde implantados no continente após a II Guerra Mundial (WAITZKIN; IRIART, 2001). Com a saturação do mercado dos Estados Unidos e a dependência externa dos países periféricos dos recursos do Banco Mundial e dos pacotes econômicos do FMI, os países capitalistas centrais impuseram o modelo do seguro-saúde administrado pelas transnacionais do setor à América Latina, instituindo um ciclo de entrada das corporações, grande realização de dividendos e a saída dentro de um determinado espaço de tempo; ampliando desigualdades de acesso à saúde na região (WAITZKIN; IRIART, 2001). Outra meta desenhada pelas transnacionais foi o desmonte dos serviços públicos de saúde, tanto para a abertura de mercados quanto para justificar a

transferência dos recursos das áreas sociais para a administração privada, com a desestatização do setor (SOUZA, 2004; SOUZA, 2008).

As políticas neoliberais foram bem sucedidas na privatização da saúde nos países desenvolvidos quando analisadas pelo prisma do financiamento. Calikoglu (2009) analisou a relação do gasto público e privado em saúde num intervalo de 30 anos nesses países, classificados de acordo com o regime político predominante no recorte temporal da pesquisa, divididos em democracias sociais (e.g. Dinamarca), democracias cristãs (e.g. França), liberais (e.g. EUA) e pós-autoritários (e.g. Espanha). A taxa de crescimento do gasto público foi maior em todos os países em relação aos gastos privados no período anterior a 1980. A partir dessa década, que coincide com a emergência do neoliberalismo, verificou-se um aumento rápido do gasto privado no setor, que atingiu os mesmo patamares do gasto público na década de 90 (CALIKOGLU, 2009). De 1980 a 1990, o gasto público cresceu em uma média anual de 2,45%, em contraste com os 6,65% verificados na década de 70. Por outro lado, os gastos privados passaram a crescer anualmente a partir de 1980 a uma taxa de 4,35% (CALIKOGLU, 2009). Houve um aumento significativo em quase todos os países na participação dos gastos em saúde com as administradoras de seguro na década de 90 (CALIKOGLU, 2009).

5.1.5 Considerações finais

A dependência externa dos países em desenvolvimento criou um ambiente econômico extremamente desfavorável à universalização da saúde nos países que foram submetidos às políticas neoliberais impostas pelo FMI, Banco Mundial e por acordos de livre comércio balizados pela OMC. Essas políticas recessivas estimuladas pela globalização neoliberal sustentam a instituição de “livre” concorrência na saúde, bem como a limitação dos gastos públicos no setor. A privatização dos sistemas de

saúde passou a ser condição essencial para as administradoras transnacionais de seguros de saúde migrarem do estagnado mercado dos Estados Unidos para mercados emergentes na Ásia, África e América Latina. Ao mesmo tempo, a transferência dos gastos em saúde do governo, i.e., de um fundo social custeado por todos para o indivíduo, proporciona aos especuladores maior segurança quanto à liquidez e à rentabilidade dos títulos das dívidas públicas dos países, principalmente as das nações em desenvolvimento, que pagam maiores taxas de juros.

5.2 O mito da insolvência dos sistemas públicos de saúde

5.2.1 O Mito

Segundo Antunes (1999), o mito pode ser entendido como uma história de fundo lendário, em que determinada sociedade ou grupo faz assentar as suas concepções do mundo e da vida, os seus sentimentos, os seus usos e costumes, as suas instituições.

A premissa de que a saúde garantida pelo Estado leva à insustentabilidade financeira, bem como ao aumento expressivo dos impostos, sem mesmo conseguir garantir acesso às pessoas, tornou-se um mito, que prega a insolvência dos sistemas públicos de saúde, que em outras palavras, significa que esses sistemas não conseguiriam honrar seus compromissos com a sociedade em garantir o direito à saúde.

O hiperdimensionamento de crises financeiras e de assistência pela grande mídia gera uma sensação de insegurança na população, levada a crer que ela está desassistida. Por trás da construção desse mito, estão os interesses das transnacionais da indústria dos seguros privados de saúde, como também do mercado financeiro especulativo no desmantelamento dos sistemas públicos de saúde para privatizá-los (ARMSTRONG; ARMSTRONG, 2008).

No argumento neoliberal, como os governos não conseguem garantir o acesso aos serviços de saúde, a sociedade ficaria desprotegida, tendo que adquirir o “produto saúde” por meio do desembolso direto. O pagamento pelos serviços ficou evidente nos países mais pobres, onde os governos têm menor capacidade institucional e alta dependência externa, ocorrendo alto gasto direto da população com a saúde. Em algumas nações africanas, o percentual de desembolso direto com serviços de saúde ficou em torno de 70% em 2002, como no Congo (70%), Camarões (69%), Guiné (84%) e Nigéria (67%) (PAULY et al., 2006). A partir do alto gasto direto pela

população, justificar-se-iam os argumentos clássicos de que a entrada das administradoras de seguros privados de saúde passaria a organizar melhor o sistema, oferecendo planos à população não coberta, evitando que a mesma gaste diretamente do bolso com serviços de saúde (PAULY et al., 2006).

Contudo, o que leva os países em desenvolvimento a não conseguirem financiar a saúde não é revelado pelos pregadores ou defensores da criação de mercados para a iniciativa privada com fins lucrativos. A economia baseada no extrativismo predatório, acrescida da drenagem dos recursos pelo alto déficit de conta corrente dessas frágeis economias dependentes, constituem-se nos macrodeterminantes econômicos que impedem as nações mais pobres de financiar um sistema público de saúde.

Pauly et al. (2006), ao sustentar a organização privada das administradoras de seguros de saúde nos países em desenvolvimento, apontam o gasto estatal como um fator limitante do desenvolvimento dos sistemas públicos de saúde, mesmo em governos honestos e eficientes. Esses autores afirmam que a saúde distribuída pelo Estado pode pressionar o equilíbrio fiscal dos governos dos países periféricos, justificando-se em nome da responsabilidade fiscal, a limitação do acesso da população aos serviços de saúde mais caros. Assim, a alternativa do mercado de seguros privados de saúde poderia suprir as necessidades da população sem sobrecarregar o tesouro (Quadro 4).

Quadro 4 - Fundamentos neoliberais para a privatização dos sistemas públicos de saúde	
<i>Argumentos contra os sistemas públicos de saúde:</i>	<i>Argumentos a favor do modelo privado de saúde:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga ao tesouro; • Ineficiência do poder 	<ul style="list-style-type: none"> • Menos oneroso ao tesouro;

<p>público;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevação da carga tributária; • Maior desembolso direto pela população. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eficiência do setor privado; • Menos impostos; • Menor desembolso direto.
--	---

Para os neoliberais, a grande vantagem do modelo dos seguros privados de saúde está na compra voluntária pela população, em contraposição ao peso dos impostos sobre a renda das pessoas gerada pelos sistemas públicos, diminuindo o desembolso direto pelos pacientes. Evitar-se-ia, como consequência, a deterioração da renda e do patrimônio num evento de doença. Os seguros de saúde privados baseiam-se na “Lei dos Grandes Números”, em que uma maioria sadia paga por uma minoria doente; não se constituindo numa comódite, mas sim num acordo coletivo em que há divisão dos riscos e benefícios, segundo Pauly et al. (2006).

5.2.2 Algumas experiências privatizantes na América Latina

A Colômbia instituiu, em 1993, sua reforma sanitária com a meta de universalizar o acesso à saúde e integralizar o cuidado, num sistema descentralizado por meio da Lei 100, que criou o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), seguindo políticas neoliberais apoiadas pelo Banco Mundial. A distribuição dos serviços se dá pelas Empresas Promotoras de Saúde (EPS), que se constituem em administradoras de seguros de saúde públicas e privadas. A reforma se baseia na contribuição compulsória para a população empregada, em subsídios para a aquisição de seguros de saúde voltados à população de baixa renda e na contribuição pública residual para aqueles sem qualquer cobertura (CALDERÓN et al., 2011; DE GROOTE et al., 2005). A opção colombiana propõe a separação do financiamento e da oferta dos serviços

por meio da contratação de empresas com e sem fins lucrativos para administrar a oferta de serviços de saúde. A fundamentação desse modelo estaria na vantagem de um sistema baseado na competição interna dos prestadores públicos e privados, também conhecido como competição gerenciada. Esses prestadores buscariam oferecer melhores serviços por um menor custo à população, considerando o poder do paciente-consumidor em escolher o melhor serviço de saúde.

Nos primeiros cinco anos da reforma, verificou-se um aumento na cobertura de saúde de 26% para 52% da população, com números robustos também entre os pobres, de 4% para 41%. Tais números representam a cobertura por seguros de saúde, entretanto sem a garantia do acesso integral (DE GROOTE et al., 2005). A cobertura por planos de saúde ficou estagnada ao redor de 55% de 1998 a 2003, com mais de 40% da população (em sua maioria pobre) sem cobertura por planos e dependendo do sistema público. Em 2009, aproximadamente 93,4% da população passou a ser coberta pelo SGSSS, sendo que 51,1% se encontram no regime subsidiado (CALDERÓN et al., 2011).

Os pacotes de serviços oferecidos pelas EPS pelo sistema de subsídios não cobrem determinadas doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Aconteceu na Colômbia a limitação da escolha dos prestadores pela população, que passou essa a ser definida pelas seguradoras de saúde, que determinavam qual prestador estaria disponível para a oferta de serviços assistenciais (ALVAREZ et al., 2011; DE GROOTE et al., 2005).

Na reforma colombiana, o aumento de indivíduos com seguros de saúde não se traduziu em real acesso aos serviços, permanecendo ainda barreiras de acessibilidade (ALVAREZ et al., 2011; CALDERÓN et al., 2011; DE GROOTE et al., 2005). De Groote et al. (2005) afirmam que algumas seguradoras declaravam famílias inteiras como asseguradas sem emitir as devidas carteiras, faltando conhecimento à população sobre seus

direitos, mesmo que pagasse pelo seguro. As questões financeiras são ainda impedimento para o acesso aos serviços de saúde, apesar da reforma de 1993.

Os custos do sistema, baseados na competição interna, aumentaram significativamente após a reforma, seguindo a tendência dos países que adotaram tais modelos, como o Vietnã e o Líbano. Em 1999, a Colômbia gastava 45% do orçamento da saúde com o setor privado, sendo 60% desse gasto advindo do desembolso direto pela população, desmistificando a tese de que o aumento do mercado de seguros de saúde diminuiria o gasto direto das pessoas com prestadores. Entre 1997 e 2002, aconteceu na Colômbia um aumento de 74% nos gastos *per capita* com saúde por meio da contribuição compulsória, em contraste com aquela baseada na demanda mantida pelo governo, que cresceu 36% no mesmo período (DE GROOTE et al., 2005). O modelo de captação compulsória levou a Colômbia a gastar, em 2002, aproximadamente 52% de sua arrecadação com custos administrativos. A Colômbia destinou, em 2007, aproximadamente 7,7% do seu PIB para a área da saúde, dos quais 78,5% foram gastos públicos (CALDERÓN et al., 2011). Boa parte desses recursos financiou seguradoras e prestadores privados no país, sem que houvesse melhor desempenho, acesso a serviços e redução de iniquidades em saúde (ALVAREZ et al., 2011). Em contradição com a política de disciplina fiscal conservadora, o modelo do Banco Mundial adotado pela Colômbia levou a um crescente déficit nas contas do SGSSS (CALDERÓN et al., 2011) por se basear na competição interna entre prestadores privados, colocando em cheque a sustentabilidade financeira do sistema de saúde (ALVAREZ et al., 2011).

A proposta de ampliação do mercado para as grandes transnacionais da saúde na América Latina obteve “êxito” em outros países, como na Argentina, que adotou o modelo privatizante proposto pelo Banco Mundial

na década de 90, seguindo a agenda fiscal do FMI, com o consequente corte de gastos sociais; inclusive na saúde (IRIART; WAITZKIN, 2006). As reformas macroeconômicas, instituídas pelas políticas de ajustes estruturais, patrocinadas pelas agências econômicas multilaterais, levaram o país à falência em 2001 com a decretação da moratória da dívida externa. O ônus da crise recaiu sobre a sociedade argentina, que vivenciou sucessivos ajustes estruturais, os quais se traduziram em perda de ganho dos salários e aposentadorias, inflação, desemprego e corte de benefícios sociais. Os dez anos que precederam a quebra da economia argentina foram marcados pelo aumento da concentração de renda, da pobreza e das desigualdades sociais (IRIART; WAITZKIN, 2006).

A privatização do Programa de Assistência Médica Integral (PAMI), vinculado ao sistema de previdência social argentino para idosos e pessoas com deficiência, causou perda de benefícios, instituição de copagamentos e piora no índice de mortalidade. Pacientes com deficiência passaram a experimentar maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (WAITZKIN et al., 2007). Políticas de fragmentação do sistema de saúde, advogadas pelo Banco Mundial, foram instituídas mesmo após a crise de 2001 com a entrada de administradoras de saúde transnacionais; com direcionamento de recursos públicos para a iniciativa privada; com o pagamento de prestadores desvinculados da rede hierarquizada de serviços e com programas de assistência farmacêutica, que não se mostraram eficientes (IRIART; WAITZKIN, 2006; WAITZKIN et al., 2007). A mudança da política de saúde do governo argentino, que alterou a visão de saúde de bem público para produto a ser adquirido por consumidores em um suposto livre mercado não se mostrou eficiente, nem reduziu custos ou aumentou o acesso a serviços, principalmente para os argentinos de baixa renda.

O Chile também realizou essas reformas privatizantes, iniciadas a partir de 1973, com grande influência dos Estados Unidos. A ditadura militar de Augusto Pinochet, que se instalou após o golpe de Estado, eliminou o então Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado nos moldes do Sistema Nacional de Saúde da Grã-Bretanha (NHS, em inglês), que foi paradigmático na América Latina. Realizou-se, no Chile, a descentralização do SNS em 26 regionais de saúde, com a transferência da administração dos serviços primários para os municípios, numa organização pública-privada, criando o Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS) e o Fundo Nacional de Saúde (*Fondo Nacional de Salud*, FONASA em espanhol) (PUSHKAR, 2006; WAITZKIN et al., 2007). O modelo neoliberal, advogado pelo Banco Mundial, incorporou o mercado como eixo central das políticas de saúde, com a entrada das administradoras privadas transnacionais por meio dos Institutos de Saúde Provisional (*Instituciones de Salud Previsional*, ISAPRE em espanhol). Esses passaram a gerenciar os recursos captados obrigatoriamente dos empregados (cerca de 7% da renda). Porém, manteve-se, complementarmente, um sistema público, residual, para os não cobertos pelo ISAPRE (PUSHKAR, 2006; WAITZKIN et al., 2007).

Mesmo com a redemocratização após o fim da ditadura chilena na década de 90, os governos democratas cristãos mantiveram uma política de saúde semelhante a dos Estados Unidos, ou seja, um modelo segmentado, que por um lado mantinha os mais ricos nos seguros de saúde, e por outro assistia a população menos favorecida no sistema público, contando ainda com subsídios para os trabalhadores de mais baixa renda para a cobertura pelos seguros privados de saúde (PUSHKAR, 2006). Com as reformas, o sistema público de saúde chileno passou a ser subfinanciado, acompanhado por um corte de 10% nos gastos sociais, verificado após o golpe de 1973, que resultou no sucateamento das unidades de saúde pública (WAITZKIN

et al., 2007). Embora a reforma chilena tenha sido considerada um sucesso na região, essa não estendeu cobertura de serviços de saúde aos mais vulneráveis, como os idosos e as pessoas com deficiência, continuando o enfraquecido regime público de assistência a cobrir em torno de 20% da população. Entretanto, a realização de lucros foi grande no Chile, contribuindo para a propagação das políticas de privatização da saúde na América Latina (WAITZKIN et al., 2007).

Outro país que seguiu o modelo neoliberal na provisão de saúde foi o México, influenciado pelo Banco Mundial, principalmente após a crise de 1983 e 1994 (LAURELL, 2007). Entre 1995 e 1997, o governo mexicano iniciou uma série de reformas no antigo subsistema de saúde mantido pela previdência social, chamado de Instituto Mexicano de Seguro Social (*Instituto Mexicano del Seguro Social*, IMSS em espanhol). Esse se firmou como a maior instituição de saúde do México de domínio governamental. Durante os anos 80 e 90, o IMSS aumentou sua cobertura significativamente, chegando a prover abrangente cobertura a 47% dos mexicanos (LAURELL, 2007); enquanto o Ministério da Saúde mexicano tinha responsabilidade sobre os não cobertos pelo subsistema previdenciário (LAURELL, 2007; WAITZKIN et al., 2007).

A privatização instituída no sistema de saúde mexicano, a partir de 1995, abriu a possibilidade do seguro baseado na relação empregador-empregado, que poderia optar por sair do sistema previdenciário nacional e comprar seguro de saúde no mercado de seguradoras privadas. Por outro lado, houve o enfraquecimento dos serviços públicos, que forçou a população a comprar a cobertura de seguros de saúde no mercado privado, como também a abertura para a dupla porta nos hospitais públicos, que passaram a alugar leitos para pacientes particulares (LAURELL, 2007; WAITZKIN et al., 2007).

Com a incapacidade das reformas neoliberais adotadas pelo México, a partir de 1995, em ampliar e melhorar o acesso à saúde da população, o governo instituiu um novo conjunto de reformas em 2004, que ampliou os conceitos das políticas adotadas pelo Banco Mundial, descentralizando para estados e municípios a gestão da saúde e o financiamento. Isso resultou na ampliação de subsídios às administradoras de seguros, privadas e públicas, sem, contudo, investir na infraestrutura de serviços de saúde, que é precária e subfinanciada, com insuficiência crônica de recursos humanos (LAURELL, 2007). O governo mexicano implantou o programa de subsídios chamado *Seguro Popular* para ajudar as famílias de baixa renda a adquirirem planos de saúde. Sem embargo, o governo da Cidade do México se recusou a adotar esse programa, classificando-o como restritivo porque não melhorava as deficiências de infraestrutura e de recursos humanos do sistema, limitando a capacidade de atendimento à população (LAURELL, 2007). Laurell (2007) e Waitzkin et al. (2007) corretamente previram que o *Seguro Popular* não atingiria a meta de tornar acessível os serviços de saúde no México, considerando sua natureza privada, fragmentada e seletiva. Como o programa se destinava à população mais pobre do país, a parcela logo acima da linha da pobreza continuou não coberta (LAURELL, 2007). Num movimento de resistência e insubordinação, a Cidade do México passou a organizar serviços de atenção primária na cidade e criou um modelo que vislumbrava a saúde como bem coletivo, distanciando-se daquele baseado nos seguros privados de saúde (LAURELL, 2007; WAITZKIN et al., 2007).

A privatização dos sistemas de saúde da Colômbia, Argentina, Chile e México não se mostrou efetiva, com pobres resultados em aumento da cobertura, principalmente dos setores mais vulneráveis da população (idosos e pacientes com deficiência). Verificou-se a introdução de copagamentos que formaram barreiras de acesso com a escalada dos custos

administrativos (WAITZKIN et al., 2007). Como modelo paradigmático de insucesso na região, o neoliberalismo minou a reforma da saúde colombiana, tornando-se causa dos pobres resultados nos indicadores de saúde nesse país, cujo sistema de saúde beira a insolvência (ALVAREZ et al., 2011). Os gastos com saúde quase triplicaram sem que houvesse a universalidade do acesso, garantia de integralidade ou concreta melhoria nos indicadores de saúde.

5.2.3 Considerações finais

A premissa de que sistemas públicos de saúde são insolventes se constitui, na verdade, num mito neoliberal para justificar a manutenção e a ampliação do mercado para as administradoras transnacionais de seguros privados. Se os sistemas de saúde que se sedimentam na lógica do mercado privado fossem realmente mais eficientes, sua instituição na América Latina, influenciada pelo Banco Mundial e pelas políticas econômicas do FMI, teria garantido acesso universal, integral e igualitário. Na realidade, as evidências mostram o contrário: os países que seguiram reformas neoliberais não atingiram o objetivo de universalizar a saúde, trazendo inclusive grandes déficits orçamentários, como no caso da Colômbia. As evidências internacionais são claras: insolvente é o modelo de administração de seguros privados de saúde, quer seja quando se negocia diretamente com o consumidor ou via acordos patronais ou mesmo quando conta com subsídios governamentais.

5.3 A privatização do Sistema Nacional de Saúde Britânico (*National Health Service*- NHS)

5.3.1 Medicina socializada: o NHS britânico

O Sistema Nacional de Saúde (*National Health Service* ou NHS) britânico tem sido visto como um modelo para os sistemas públicos de saúde, contrastando com os Estados Unidos, que tem o modelo mais privatizado entre os países ocidentais. Os britânicos e demais residentes legais contam com cobertura universal e integral pelo NHS na Grã-Bretanha. Nesse país, os procedimentos oferecidos são gratuitos, com algumas exceções: na assistência farmacêutica é cobrada uma taxa de £6.85 por prescrição, no entanto 88% das receitas são dispensadas de cobrança. Na saúde bucal, paga-se em média £200 por ano (BOYLE, 2008; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, 1999).

O orçamento do NHS representa 86% do gasto com saúde na Grã-Bretanha, sendo que 76% provêm da arrecadação de impostos, 19% de contribuições previdenciárias e 5% do recolhimento de taxas pelo sistema, ou seja, um sistema com financiamento predominantemente público (BOYLE, 2008). O gasto total em saúde é de aproximadamente 8,4% do PIB, enquanto os gastos por meio do desembolso direto não ultrapassam 11,9% do total gasto pela sociedade britânica em saúde (DORN; HOLAHAN, 2008).

O NHS se organizou de acordo com o modelo *Beveridge*, em referência a Willian Beveridge, autor do relatório intitulado “Seguro Social e Serviços Auxiliares” (*Social Insurance and Allied Services*, em inglês), constituindo-se na base diretiva do NHS. O sistema britânico foi implementado, em 1948, pelo líder social Nye Bevan, Ministro da Saúde no governo trabalhista que assumiu o poder após a Segunda Guerra Mundial (REID, 2009). Esse modelo consiste num sistema nacional de

saúde “clássico”, mais conhecido mundialmente por medicina socializada, integrando financiamento e a rede de serviços, mantidos pelo governo por meio da arrecadação de impostos (DORN; HOLAHAN, 2008). A estrutura do NHS é única, com representações regionais e locais que são ligadas hierarquicamente ao governo central britânico pelo Departamento de Saúde (correspondente ao Ministério da Saúde no Brasil).

O modelo britânico se estrutura em fundamentos organizativos sólidos, com alto padrão de coordenação. Os serviços são organizados em redes de assistência, hierarquizadas e dispostas de acordo com as necessidades de saúde, geografia e acesso (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). O médico clínico geral (*General Practitioner*, GP em inglês) é o primeiro ponto de contato do sistema (os *Gatekeepers*, em inglês) dentro das unidades de atenção primária (*Primary Care Trusts*, PCT em inglês), que controlam o acesso à atenção secundária no NHS (DORN; HOLAHAN, 2008). Os PCTS recebem mais de 85% do orçamento do NHS, alocados de acordo com uma fórmula de captação de risco. Mais de 60% dos médicos do NHS são generalistas, em contraste com os 35% de clínicos gerais nos Estados Unidos (REID, 2009). A ampla rede de cuidados primários do NHS garante o melhor desempenho no quesito acesso aos serviços de saúde, quando comparado ao dos Estados Unidos, da Austrália, da Nova Zelândia e do Canadá (SCHOEN et al., 2004) e da União Europeia (LEYS; PLAYER, 2011).

Na Grã-Bretanha, o sistema de saúde trata o paciente, não sendo o médico isoladamente. Essa aproximação coletiva tem uma implicação prática no desempenho do sistema, que aloca recursos para a demanda da população e não para os prestadores de serviço. Portanto, não financia procedimentos sem evidências de efetividade, usando o princípio da equidade para racionalizar a distribuição de serviços de saúde. O NHS tem o estratégico apoio do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica

(*National Institute for Health and Clinical Excellence*, NICE em inglês), uma organização governamental que atua na regulação do acesso aos serviços especializados, no estabelecimento de protocolos para as práticas clínicas e na tomada de decisões em relação a questões relacionadas à vida e à morte dos usuários do NHS. O NICE britânico se baseia para tomada de decisão na maior quantidade de vidas salvas por recurso empregado, mesmo que algumas escolhas sacrifiquem uma minoria. A principal preocupação do NICE não é garantir necessidades individuais, mas sim prover ações de saúde que espelhem uma relação eficiente em favor da população como um todo (REID, 2009).

No que concerne ao desempenho, o sistema britânico é bem superior ao dos Estados Unidos em relação ao acesso à saúde, coordenação do sistema e custos (REID, 2009; SCHNITTKER; BHATT, 2008; SCHOEN et al., 2004). Na forma em que o sistema estadunidense se organiza, baseado na competição interna entre empresas de seguros de saúde, a renda da população cumpre grande papel no acesso aos serviços. Ainda que o NHS garanta acesso igualitário a todos os residentes da Grã-Bretanha, iniquidades em saúde são possíveis pelo papel que a renda exerce em outros determinantes da saúde. Porém, essas são muito menores quando comparadas a dos Estados Unidos (SCHNITTKER; BHATT, 2008).

Na Grã-Bretanha, mais pessoas têm acesso regular a um médico e expressam maior satisfação com o atendimento oferecido do que nos Estados Unidos, embora os estadunidenses visitem mais médicos que os britânicos. Na Grã-Bretanha, sofre-se menos com problemas relacionados à coordenação do sistema do que nos Estados Unidos, devido à sua falta de integração e à atomização dos serviços de saúde (SCHNITTKER; BHATT, 2008).

A renda se constitui no maior problema nos Estados Unidos, principalmente na questão do acesso à saúde, por dependerem de planos de

saúde oferecidos via empregador, que os compra de empresas de seguros de saúde. Tal fato não ocorre na Grã-Bretanha pela presença do NHS, que garante acesso universal e pela menor participação de seguradoras privadas de saúde, muito embora essas tenham aumentado a sua participação no mercado britânico.

5.3.2 A ação das transnacionais contra o NHS

O ataque das políticas neoliberais ao setor público, em todo o mundo, não poupou o sistema de saúde mais eficiente da Europa. Em recente publicação em forma de livro intitulada *“The Plot Against the NHS”* (A Armação contra o NHS), Colin Leys e Stewart Player (2011) denunciaram o que eles chamaram de “armação” neoliberal para transformar o NHS num sistema de saúde muito parecido com o dos Estados Unidos, ou seja, baseado no mercado, com uma rede assistencial pública residual para os pobres, cuja cobertura não é do interesse da indústria dos seguros de saúde.

Baseado no mito da insolvência dos sistemas públicos de saúde, discutido no capítulo anterior, o governo conservador de David Cameron propôs, em julho de 2010, a lei *“The Health and Social Care Bill”* (Lei de Cuidados Sociais e de Saúde) (UNITED KINGDOM, 2010), que nada mais é do que um plano claro de ampla e irrestrita privatização do NHS, transformando-o em um sistema de saúde privatizado com financiamento público e privado (POLLOCK; PRICE, 2011). No entanto, a privatização começou antes, nos governos trabalhistas de Tony Blair e Gordon Brown (1997-2010). O marco inicial do processo privatizante foi a concordata da empresa britânica de seguros de saúde *Independent Health Care Association* (Associação de Cuidado de Saúde Independente) em 2000, quando toda a sua rede passou a ser contratada pelo governo por meio do NHS.

Um dos principais assessores de Blair na época, Tim Evans, vislumbrava o NHS como um simples kit de mercado anexado a um sistema de saúde composto puramente por prestadores privados. Em 2009, 149 hospitais privados já estavam atendendo com o logo do NHS. De acordo com Leys e Player (2011), a implantação do mercado dentro do NHS foi uma armação, na medida em que o plano de privatização foi encoberto do público e inclusive do parlamento. Os britânicos, em geral, consideram o NHS o melhor programa social provido pelo Estado e jamais permitiriam a sua deliberada privatização.

O ataque veio camuflado com um discurso de “modernização”, que tornaria o NHS mais eficiente e mais receptivo às necessidades da sociedade, mas que nada diz sobre o mercado privado na saúde. O que está por trás da privatização do sistema são os interesses das grandes corporações do setor de serviços de saúde, como a *United Health*-organização privada de prestação de serviços de saúde dos Estados Unidos, com fins lucrativos- a cadeia de hospitais sul-africana *Netcare* e a *Atos Origin*, essa última uma companhia francesa de software. Esses interesses não estão a favor do NHS, pelo contrário. O objetivo da privatização é a adesão parasitária das corporações ao orçamento do NHS com investimentos livres de riscos. É importante salientar que o processo de privatização veio acompanhado do aumento de recursos para o NHS, justificado pela necessidade de ampliação da rede assistencial (LEYS; PLAYER, 2011).

Leys e Player (2011) dissecaram, minuciosamente, a anatomia da privatização do NHS. Segundo eles, como primeiro passo, representantes de empresas de seguros de saúde e de serviços hospitalares se infiltraram como consultores do NHS, passando no governo Blair a delinear as políticas públicas na área e a estabelecer perniciosas ligações com corporações dos Estados Unidos. Esses agentes neoliberais desenvolveram

o projeto *Private Finance Initiative* (Iniciativa de Financiamento Privado-*PFI*) com o objetivo de financiar prestadores de serviços de saúde privados a ingressarem no NHS. Em 2010, já existiam 103 hospitais financiados pelo PFI, com um custo avaliado inicialmente em £11.3 bilhões, mas com um custo projetado de £65 bilhões até a conclusão do projeto.

A organização dos Estados Unidos *Kaiser Permanente* adotou o modelo integrado de assistência, agregando a estrutura física, a força de trabalho e o seguro de saúde numa mesma organização, ou seja, o que se faz nos sistemas públicos, passando a ser uma inspiração para a equipe de Tony Blair no NHS. Porém, os resultados da *Kaiser Permanente* nos EUA, que atua num sistema privado e segmentado, não podem ser alcançados num sistema que já apresenta uma ótima relação custo/efetividade. Graças a essa influência, tentou-se desmembrar os hospitais do NHS em pequenas unidades, com manutenção mínima de especialidades, alto gasto com Tecnologia da Informação (TI), buscando somente estabelecê-las nas áreas economicamente mais ricas. Em relação a TI, houve notadamente o aumento da participação de consultorias, que contavam com agentes instalados dentro do NHS pelo governo Blair/Brown para o desenvolvimento de mais projetos de informática em saúde, ampliando a participação do setor no sistema. Como resultado, o programa *Connecting for Health* (Conexão para a Saúde) gastou em nove anos mais de £20 bilhões sem nenhuma demonstração de eficiência e operacionalidade. O modelo implementado de TI não seguia as necessidades do NHS, mas sim a das empresas em vender os seus produtos (LEYS; PLAYER, 2011; POLLOCK; PRICE, 2011).

Em meados de 2009, dentro do kit de mercado para o NHS, criou-se o programa *Independent Sector Treatment Centre* (Centro de Tratamento do Setor Independente- *ISTC*), de iniciativa privada, oferecendo cirurgias pelo NHS. O ISTC tomou recursos das unidades públicas *NHS Treatment*

Centres (Centros de Tratamento do NHS), pagando aos prestadores privados mais do que para as unidades do NHS pelo mesmo procedimento, com a justificativa de tornar o programa mais atrativo para o mercado, com um gasto de aproximadamente £5 bilhões em cinco anos. Outro objetivo foi estabelecer mecanismos de escolha e competição por contratos dentro do NHS, fomentando a sua fragmentação.

Quanto mais fragmentado um sistema de saúde é, mais aberto aos seguros privados de saúde ele se torna. As transnacionais do complexo médico-industrial da saúde têm feito cada vez mais parte da paisagem do NHS. Em 2007, 30 empresas desse setor passaram a administrar 74 unidades de atenção primária britânicas, dentre elas empresas transnacionais da indústria farmacêutica (POLLOCK et al., 2007). As empresas participam desde o apoio a pequenas tarefas administrativas até a administração de toda a organização da rede de atenção primária do NHS. Os médicos, ao invés de serem contratados pelo NHS, passaram a ser empregados das administradoras privadas, retirando do NHS a gestão do trabalho dos profissionais da saúde, num sinal patognomônico de privatização. De 1948 a 1997, todos os profissionais do NHS eram contratados sob o regime *General Medical Services Contract* (Contrato Geral de Serviços Médicos), estabelecido nacionalmente sob a égide do *Red Book* (Livro Vermelho). Esse regime fornecia as diretrizes e normas para o trabalho dentro do NHS, garantindo uniformidade nas relações contratuais. A flexibilização dos contratos de trabalho com a terceirização da gestão das PCTs se tornou paradigmática no NHS por ser esta instituição a maior empregadora da União Europeia (REID, 2009; LEYS; PLAYER, 2011; POLLOCK; PRICE, 2011).

Os servidores do grande capital do mercado de serviços de saúde dentro do NHS fazem *lobby* por incentivos fiscais às corporações, influenciam a tomada de decisões a favor do *private equity* (que significa

nesse contexto maior abertura ao investimento do capital financeiro) e pela moratória na construção de novos hospitais públicos até a completa utilização do sistema privado já instalado. Nessa direção, a gigante *United Health*, que faturou US\$70 bilhões em 2010, passou a ser a maior investidora na atenção primária inglesa. Em 2008, 14 empresas nacionais e transnacionais já disputavam cerca de 70% do orçamento do NHS (POLLOCK; GODDEN, 2008).

5.3.3 Consequências da privatização do NHS

As políticas iniciadas pelo governo trabalhista de Tony Blair foram radicalizadas pela ampla reforma proposta pelo governo conservador de David Cameron, em 2010 (UNITED KINGDOM, 2010). Cameron buscou a completa provisão dos serviços pela iniciativa privada, limitando o papel do Estado e minando a participação popular no processo decisório do NHS (MCKEE et al., 2011). A saúde, entendida como direito fundamental, passou, no governo conservador, a ser ameaçada por uma proposta de mudança na legislação que objetivava substituir o termo “dever” do Estado para o termo “ação” do Estado na garantia da saúde (POLLOCK; PRICE, 2011). As autoridades passariam a adotar medidas que buscassem atender os pacientes, não havendo mais a obrigação de garantir um procedimento ou um fármaco que poderia salvar uma vida. Tal fato se demonstrou em um importante golpe para os britânicos, uma verdadeira armação neoliberal para livrar o Estado do seu dever primeiro de garantir a vida de seus cidadãos.

A justificativa conservadora é a mesma utilizada em toda iniciativa de privatização: incapacidade do governo em oferecer melhores serviços de saúde. O caminho do novo governo busca fragmentar a estrutura do Departamento de Saúde pela descentralização da autoridade e do orçamento para autoridades locais, que possuem menor capacidade

gerencial. McKee et al. (2011) fazem uma consistente crítica a esse processo de “quebra” estrutural do NHS, que para os autores enfraquece e descoordena o sistema, com a conseqüente perda de performance. Isso permite maior abertura para a entrada de empresas interessadas em administrar os recursos do NHS pela facilidade em negociar com as autoridades regionais. Em 2014, as unidades de saúde do NHS deverão se transformar em fundações com a participação da iniciativa privada, que passarão a competir por contratos do NHS; podendo inclusive realizar superávits com o orçamento da saúde e mesmo instituir copagamentos (POLLOCK; PRICE, 2011). Em resposta ao projeto de reforma neoliberal, Makee et al. (2011) oferecem propostas que integram o NHS pelo fortalecimento da gestão do trabalho em saúde e pela divisão tripartite (nacional, subnacional e regional) das funções administrativas e orçamentárias numa mesma estrutura, no caso no Departamento de Saúde Britânico, responsável pelo NHS.

Pollock e Godden (2008), ao analisarem a participação da iniciativa privada na provisão de serviços de atenção secundária e terciária no NHS por meio do ISTC, afirmam que não existem evidências que garantam nem aumento quantitativo, nem mesmo melhora qualitativa em relação às unidades pertencentes ao NHS. A alteração da base legal para regulação dos serviços do regime público para o privado limita o poder sobre os prestadores de serviço pelo NHS, no que concerne aos contratos de trabalho dos médicos e demais profissionais e os bens das unidades e reservas financeiras, tornando o NHS frágil perante a possível falência de um prestador privado (POLLOCK et al., 2007). Como provável resultado, o NHS poderia ficar desprotegido e determinada parte da população descoberta.

5.3.4 Fim do NHS?

A privatização do NHS, arquitetada por políticos coadunados com as grandes corporações da saúde, não atende aos interesses do povo britânico, tampouco existem evidências de menor custo ou maior eficiência. Autores e ativistas políticos britânicos vêm denunciando a real possibilidade de transformação do NHS num sistema como o dos Estados Unidos. O NHS é paradigmático no mundo por ser um projeto de medicina socializada em um país capitalista central, na expressão mais pura da divisão dos riscos e benefícios pela sociedade inteira, considerando a saúde como direito fundamental do ser humano que não pode ser alienado aos interesses individuais.

A contra-resposta ao ataque neoliberal contra o NHS vem da satisfação dos usuários. Em uma pesquisa de opinião na Grã-Bretanha, 67% dos britânicos responderam que preferem a prestação de serviços de saúde por mecanismos igualitários, ou seja, pelo acesso por todos sob as mesmas condições. Quando questionados sobre a preferência por modelos de gestão, 57% não concordam com a gestão privada dos hospitais do NHS e mesmo dentre aqueles que anseiam pela livre escolha dos hospitais e médicos pelos pacientes, 54% são contra a gestão privada do NHS (LEYS; PLAYER, 2011).

Em 2010, uma pesquisa com 20.000 pacientes de países industrializados, conduzida pela organização dos Estados Unidos chamada *US Commonwealth Fund*, verificou que o NHS é um dos sistemas de mais baixo custo e ao mesmo tempo apresenta os melhores níveis de acesso em todo o mundo dito desenvolvido (LEYS; PLAYER, 2011). O NHS custa exatamente a metade do sistema dos EUA (8,4% do PIB versus 16,5 nos EUA), apresentando o melhor resultado em quase todos os indicadores de saúde dos países centrais, porque alia universalidade, integralidade e equidade com estrutura de financiamento, gestão do trabalho e oferta de

serviços integrados. O NHS está sendo sabotado pelo mito neoliberal de que a administração pública é mais cara do que a privada. Pelo contrário, a participação dos custos administrativos do NHS em relação ao seu orçamento global aumentou 10%, entre 1970 (4%) e 2010 (14%), marcadamente desde a predominância do neoliberalismo (LEYS; PLAYER, 2011). O que está em jogo na Grã-Bretanha é o dinheiro certo dos contribuintes britânicos para financiar as grandes corporações da saúde inglesas e transnacionais em detrimento do direito à saúde, com repercussões nos países que estão em processo de implantação de sistemas nacionais de saúde, como o Brasil, assunto esse tratado no próximo capítulo.

6 SEGUNDA PARTE: A RESSONÂNCIA DAS POLÍTICAS NEOLIBERAIS NA SAÚDE BRASILEIRA

6.1 O Sistema Único de Saúde (SUS): ainda um desafio?

6.1.1 Breve contexto neoliberal durante a Reforma Sanitária Brasileira (RSB)

Após a crise do capitalismo de 70, o imperialismo recrudesce na chamada era *Regan*, em alusão ao presidente Ronald Regan (1981-1989), quando começa a guerra contra as políticas sociais mantidas pelos governos. A *Reganomics*, como era chamada a doutrina econômica do presidente estadunidense, tinha a seguinte aproximação: desregulação do mercado, por considerá-lo autocorretivo, corte de impostos para permitir às corporações margem para investimento (o que na verdade se traduziu em grande concentração financeira) e diminuição do tamanho do Estado. Na mesma direção, os Estados Unidos se reinserem com mais força na luta contra o socialismo e pela difusão do neoliberalismo em todo o mundo.

Nesse período, os sul-americanos, especialmente os brasileiros, viveram uma grave crise econômica que exigiu uma série de reformas por parte dos estados do Brasil. Nessa direção, a dependência externa brasileira junto aos Estados Unidos, fiador da dívida brasileira junto ao FMI, agravada durante o regime militar (1964-1985), tornou o país altamente endividado, sem poupança interna capaz de se financiar; moldando a década de 80 como a chamada década “perdida”. Entra em cena uma política reformista, recessiva, patrocinada pelos países centrais, que induziu a privatização do patrimônio público, introduzindo práticas gerenciais oriundas dos negócios privados (SOUZA, 2008). Assim, todas as leis orgânicas – da saúde, da previdência e da assistência – tiveram que ser negociadas numa conjuntura desfavorável e sua maior ou menor

correspondência com os preceitos constitucionais de 1988 foi fruto da capacidade política de resistência às tendências de privatização, re-centralização, capitalização e focalização; que ameaçaram a implantação da seguridade social (FLEURY, 2009).

O Brasil foi submetido por décadas à ordem financeira internacional, tendo que cumprir tarefas fiscais severas para a obtenção de empréstimos junto ao FMI e outros organismos financeiros multilaterais (SOUZA, 2004; SOUZA, 2008). Como o país dependia dos países desenvolvidos para rolar sua dívida mobiliária e garantir o próprio financiamento enquanto governo, sobrou pouca margem para os investimentos necessários à consolidação da seguridade social. As crises inflacionárias, da década de 80, causadas pela saída de recursos via pagamento de juros (não permitindo investimentos na capacidade produtiva do país para suprir a demanda) e a suscetibilidade à variação dos preços das *commodities*, principalmente dos gêneros de primeira necessidade, como comida e vestuário, amarraram o Brasil numa camisa de força para fazer a tarefa de casa de uma nação que pretende ser verdadeiramente soberana, capaz de produzir suas riquezas, educar, inovar e assegurar o bem-estar de seu povo (SOUZA, 2004).

Os resultados do neoliberalismo na economia brasileira, entre 1980 e 1989, traduziram-se na transferência para o exterior sob a forma de juros o montante de US\$ 150 bilhões, no aumento da dívida externa de US\$ 64,2 bilhões para US\$ 115,10 bilhões, na explosão da dívida pública interna de 4,2% do PIB, em 1980, para 15% do PIB em 1989; numa taxa de crescimento médio ao ano de apenas 2,9% no período (menos da metade da taxa histórica de 7%) e no agravamento da concentração de renda. O índice de Gini, que mede o grau de concentração de renda, subiu de 0,59 para 0,64, entre 1980 e 1989 (SOUZA, 2008).

Na década de 90, o neoliberalismo personificou-se, no Brasil, com os governos dos presidentes Fernando Collor de Melo (1990 a 1992) e

Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002), com uma singela resistência do presidente Itamar Franco (1992 a 1994). Nesse tempo, foi postulada, aos quatro cantos do país, a impotência do governo em garantir políticas sociais, trazendo dúvidas sobre o papel do Estado, associado a uma postura econômica de austeridade fiscal, achatamento salarial e corte de gastos sociais. No final do governo Fernando Henrique, evidenciou-se a verdade sobre o neoliberalismo no Brasil com o colapso das contas externas, a estagnação da economia (crescimento de 1,3%, em 2001) e a escalada inflacionária. O Índice Geral de Preços (IGP), da Fundação Getúlio Vargas, atingiu a taxa de 26,41%, em 2002). Esses foram os momentos mais críticos do SUS, em que, na sua infância, houve investidas pesadas neoliberais, as quais repercutiram na institucionalidade do sistema, tornando-o fragmentado, mercantilizado e subfinanciado.

Mesmo assim, o SUS emerge como um projeto político e democrático num cenário econômico neoliberalista, com a ideia do colapso da área pública e profunda desconfiança no estabelecimento de políticas sociais (CAMPOS, 1997; FLEURY, 2010). Contraditoriamente, o SUS tentou implementar a medicina socializada no mesmo momento em que o imperialismo estava em ampla caçada por novos mercados no setor saúde (CAMPOS, 1997). A defesa do direito à saúde assume um caráter anticapitalista, sempre que sua abrangência é definida pelos interesses da maioria e não pela dinâmica do mercado (CAMPOS, 1997).

A opção pelo fortalecimento do Estado e por sua democratização no contexto da globalização aparece hoje como uma falsa consciência, que impediu os atores sociais e econômicos, como também os constituintes, de divisar o horizonte restritivo que já se apresentava à época da articulação do SUS durante a Constituinte de 1988, na qual se impunha como inevitável a saída via fortalecimento do mercado (FLEURY, 2010). A seguridade social, como princípio reitor da proteção social consagrado na

Constituição de 1988, não foi concluída organizacionalmente, financeiramente ou em relação ao padrão de benefícios e cobertura, entretanto, segue como norteador dos movimentos sociais; atravessando a burocracia pública na defesa dos direitos sociais universais, demonstrando a sua capacidade de resistência às conjunturas mais adversas (FLEURY, 2009).

6.1.2 A Reforma Sanitária Brasileira (RSB)

A partir dessas contradições e de seus desdobramentos práticos, vêm também se desenvolvendo projetos e ações com um sentido contra-hegemônico de um novo patamar civilizatório, permitindo espaços de políticas reformistas em oposição ao modelo neoliberal, que mesmo quando aplicadas de forma parcial alteraram aspectos importantes do modelo dominante; implicando numa profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público. Esse é o contexto que explica a aprovação do SUS e suas disposições legais, reconhecendo a existência do setor privado (CAMARGO, 2009; CAMPOS, 1997; COELHO, 2010; FLEURY, 2007; FLEURY, 2011b; OCKÉ-REIS; MARMOR, 2010; PAIM, 2009; PAIM et al., 2011).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) não se reduz ao SUS, pois envolve um conjunto de mudanças políticas, econômicas e sociais traduzidas pelo sistema, mas sua concepção e formulação transcendem às políticas estatais. O seu objeto de trabalho é superar o até então sistema de saúde vigente no Brasil, que apresentava as seguintes características: insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente, ineficaz, autoritário, centralizado, corrupto e injusto (PAIM, 2009). Segundo Paim (2009) e Camargo (2009), a crise na saúde, a permanência da ditadura e as características perversas desse “sistema”, em que segmentos sociais se mobilizaram por mudanças, configuraram o

movimento pluriclassista em defesa de uma ampla reforma sanitária, denominado de movimento sanitário (CAMARGO, 2009; CAMPOS, 1997; FLEURY, 2011a ; VICTORIA et al., 2011).

Esse desenvolvimento faz parte da agenda do Movimento Latino-Americano de Medicina Social, conhecido no Brasil como Saúde Coletiva, que busca a transformação do sistema de saúde pelos trabalhadores por meio do empoderamento do espaço de trabalho no setor, encarando a questão pelo prisma da determinação social da saúde (AROUCA, 1975; TAJER, 2003; WAITZKIN et al. 2001). No movimento sanitário, foram levadas a cabo inúmeras experiências alternativas à lógica neoliberal, quer em nível local quer em outras instâncias da saúde; todas tentando suprir a predominância do interesse privado pelo público. Há no Brasil um projeto antagônico ao neoliberal, que busca subordiná-lo ao SUS, criando com isso condições para a instituição de um novo modelo assistencial (CAMPOS, 1997; FLEURY, 2009; PAIM et al., 2011).

Segundo Fleury (2009) as diretrizes que orientaram esse processo foram:

- Um princípio ético normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos;
- Um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde-doença;
- Um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;
- Um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

No entanto, como referido anteriormente, a construção do SUS pela Constituição Federal de 1988 ocorreu num contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as

relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS (CAMPOS, 1997; COELHO, 2010; FLEURY, 2009; OCKÉ-REIS; MARMOR, 2010). Instrumentos da política privatista predominantes durante os primeiros 14 anos do SUS foram introduzidos no sistema, como a competição gerenciada na organização dos serviços e a redução do papel de provedor do Estado com a transferência dessa competência a organizações civis lucrativas ou não. Paim (2009) acrescenta outros descaminhos como o clientelismo político, desrespeito à Constituição e à Lei Orgânica da Saúde, desvio de recursos da saúde para outras áreas e sobreposição da área econômica sobre o SUS na tomada de decisão.

Mesmo diante de tanto desserviço neoliberal, o SUS vem operando uma reforma democrática do Estado, mesmo tendo enfrentado todas as pressões dos governos que adotaram um modelo de reforma pressupondo o esvaziamento da função estatal provedora. O SUS conseguiu não somente se manter, mas também servir de modelo para a reorganização de sistemas de gestão compartilhada em outras áreas (como na assistência social e na segurança pública) (FLEURY, 2009; FLEURY, 2011b). O modelo de reforma do Estado embutido na institucionalização do SUS foi sustentável tanto por ter conseguido manter uma coalizão reformadora orgânica e atuante, como por fazer o processo avançar com base na legislação existente, ou seja, no que ficou conhecido no desafio de fazer cumprir a lei (FLEURY, 2009).

Como enfatizado previamente, a RSB foi fortemente golpeada pela conjuntura macroeconômica, agravada no caso brasileiro por sua dependência externa. As implicações práticas se dão nas entranhas do SUS, que vem sendo sucateado pelo subfinanciamento e pelo desperdício de recursos devido à sua macroestrutura liberal (administrativa e assistencial) e pela agonia do desenvolvimento econômico periférico; tudo isso

refletindo nas iniquidades de acesso à saúde do povo brasileiro. A RSB é um movimento ainda submetido a grandes desafios, que nem mesmo um governo de centro esquerda conseguiu superar.

6.1.3 Desafios

A RSB não acabou com a implantação do SUS em 1988, pelo contrário, está em ampla luta contra o neoliberalismo na saúde. São os determinantes estruturais econômicos e aqueles vinculados à macroestrutura neoliberal de produção da saúde (em que se enfrentam contradições geradas na base econômica) os que melhor explicam a lentidão e as características do processo da RSB (PAIM, 2009). A continuidade no plano macroeconômico das políticas neoliberais pelo governo Lula (2003-2010), em que pese uma mudança de direção em favor da distribuição de renda e maior valorização do capital nacional, deixou a reforma brasileira no limbo. A continuidade do subfinanciamento do SUS limita sua capacidade de investimento na ampliação da cobertura assistencial, bem como sucateia as estruturas públicas, ao mesmo tempo impedindo a melhora da gestão dos serviços, justificando a sua privatização. Politicamente, o projeto “mercantilista” para a saúde defende o mercado como a melhor opção para a alocação de recursos e para a satisfação das demandas e necessidades dos indivíduos (PAIM, 2009).

O Brasil gastou em saúde, no ano de 2009, em torno de 8,8% do PIB, sendo que somente 3,8% foram gastos públicos (IBGE, 2011), representando algo em torno de 43% do total do gasto em saúde no Brasil; valor muito abaixo da participação pública no gasto com saúde na Grã-Bretanha (84%), Itália (77,2%), Espanha (71,8%), Estados Unidos (45,5%) e México (46,9%) (PAIM et al., 2011; VICTORIA et al., 2011). E mais, o governo subsidia o sistema privado de planos de saúde por meio de renúncia fiscal, recurso esse que poderia fazer parte do montante

do orçamento público. A agonia do subfinanciamento começou em 1994 com a Desvinculação das Receitas da União (DRU), que subtraiu 20% dos recursos da seguridade social do então Fundo Social de Emergência. Até aquele momento, a participação da saúde nos recursos da seguridade social era de 30%, ou seja, se a participação da saúde no orçamento da seguridade tivesse sido mantida em 30%, o orçamento federal da saúde teria passado de R\$ 54 bilhões para R\$ 110,10 bilhões em 2008 (GADELHA, 2011).

Outro grande golpe ao financiamento do SUS foi dado com os desvios dos recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), que tinha o objetivo de financiar a saúde; contudo boa parte dos recursos foi destinada a outras áreas do governo. Em 2006, somente 40% dos R\$ 32,090 bilhões arrecadados com o imposto foram gastos com o SUS (PAIM et al., 2011), sendo o restante dos recursos destinado ao pagamento de juros da dívida pública (PAIM et al., 2011). A CPMF foi derrubada pelo congresso em 2007, mesmo com a garantia do governo em destinar 100% dos recursos à saúde. Esse fato foi então motivo para a não aprovação, na época, da regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29, que especifica os gastos em saúde e determina os percentuais mínimos de investimento por cada ente federado. A lei que regulamenta a EC 29 foi aprovada no Congresso em 2011 e sancionada em 2012 pela presidenta Dilma Rousseff. Porém a nova lei complementar 141 não garantiu mais recursos por parte da União, mantendo os percentuais determinados pela EC 29 (BRASIL, 2012).

Uma contribuição sobre movimentações financeiras foi derrubada na Câmara dos Deputados, a chamada Contribuição Social à Saúde (CSS), execrada pela mídia, que convenceu a opinião pública de que o

SUS não precisava de mais recursos e nem o povo de mais impostos, criando a falácia neoliberal que o problema se restringia à gestão. Por outro lado, o Brasil gastou de janeiro a agosto de 2011, a soma de R\$ 160 bilhões com juros pagos ao capital especulativo mundial (ALBUQUERQUE, 2011), três vezes o valor do que o governo federal gastou em 2010 com a saúde pública. A necessidade de se fazer economia no orçamento federal para amortizar a dívida pública, o chamado superávit primário, diminui a capacidade de investimento público, ou seja, é um importante fator para o subfinanciamento da saúde. Para solucionar esse desafio, faz-se imperiosa a diminuição da taxa de juros no Brasil, que ainda permanece em patamares muito elevados para que haja uma menor pressão para cortes de gastos no orçamento para a rolagem da dívida.

A necessária expansão da cobertura assistencial, da atenção primária à terciária, ficou prejudicada nesse contexto de falta de recursos, colocando uma perigosa dúvida se a RSB fosse uma promessa não cumprida (OCKÉ-REIS; MARMOR, 2010). A gestão das unidades também foi inviabilizada pela falta de dinheiro, corroborando com a ideia-força da inviabilidade do poder público na oferta de serviços à população.

A expressão “direito à saúde” garantida pela Constituição de 1988 foi individualizada pela mídia, colocando o SUS numa situação desconfortável diante da opinião pública. O Brasil não tomou para si o cuidado com o SUS, que participa no imaginário popular como um programa assistencial residual, ou seja, para os menos afortunados. Isso justifica, no âmbito político, o projeto mercantilista para a saúde, em contraposição ao projeto do movimento sanitário. Políticos, financiados

pelo grande capital da saúde, subjugam o SUS ao clientelismo e ao patrimonialismo, presentes ainda na política brasileira. Esses fazem *lobby* para o mercado, apoiam a privatização das unidades públicas e não apoiam políticas que fortalecem o financiamento do SUS. Não menos importante no processo da RSB, os grandes sindicatos apoiam o SUS no controle social, entretanto não abrem mão do sistema de seguros privados de saúde divididos entre empregado/empregador, ou seja, não concedem a necessária consistência à RSB. Esse é o contexto político que “enjaula” o desenvolvimento do SUS. A busca de sustentabilidade do SUS para além do financiamento impõe investigar novas conformações institucionais, que superem as limitações impostas pelo mercado, burocracia, partidos e governos (Paim, 2009).

6.1.4 Considerações finais

A RSB luta pela superação do neoliberalismo na saúde, expresso no Brasil por meio da dependência externa, incidente no SUS pelo subfinanciamento e pela macroestrutura liberal, tanto administrativamente quanto assistencialmente. A disposição macroeconômica e o projeto político mercantilista convergem para a privatização da saúde, porém com a resistência contra-hegemônica do movimento sanitário. Para o êxito da RSB não bastou a implantação do SUS, mas se fez necessária a alteração dos determinantes econômicos e políticos; permitindo assim uma mudança de aproximação à saúde, vista pelo neoliberalismo como um produto para um direito fundamental. O desafio do SUS passa a ter um sentido maior, porque pressupõe a reforma do Estado em direção a uma nova institucionalidade nas questões de seguridade social.

6.2 A macroestrutura liberal da saúde no Brasil

6.2.1 O neoliberalismo no SUS

Historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da assistência à saúde por meio de credenciamento de consultórios médicos ou pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde (PAIM et al., 2011). No caso do SUS, foi e é necessário alterar a dinâmica mercadológica baseada na busca por produção de procedimentos, que mina o dia a dia dos serviços de saúde.

A combinação constitucional público/privado inseriu de peculiaridades e desafios a busca pela realização do direito à saúde (BAHIA, 2009). O desafio da RSB se tornou duplamente difícil: universalizar o acesso à saúde num país de dimensão continental e, ao mesmo tempo, superar sua base de mercado imposta pela ordem econômica hegemônica, com a ideia de não viabilidade por parte do Estado em cumprir sua missão (CAMPOS, 1997).

No entanto, durante o processo da RSB e a implementação do SUS, verificou-se um deslocamento das bases de sustentação política do movimento sanitário, com um vetor dirigido aos gestores; representados pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (PAIM, 2009). Esse fenômeno parece ocorrer com a expansão do neoliberalismo, do corporativismo e do pragmatismo, ao lado do refluxo dos movimentos sociais (PAIM, 2009). Nesse cenário, surgiu um terceiro projeto para a atenção à saúde no Brasil (nem o da medicina socializada, nem o baseado no mercado), com uma alternativa que tem origem nos quadros técnicos do aparelho de Estado, os quais são, ao mesmo tempo, a

sua principal base de sustentação. Esse grupo utiliza da mesma terminologia do SUS, porém segue caudatária do neoliberalismo. Esses atores privilegiam como instrumento de prática a atuação racionalizadora a partir de postos de mando do aparelho estatal (CAMPOS, 1997).

A produção de saúde no Brasil é centralizada nos hospitais e combina trabalho assalariado, pequenos produtores autônomos e associações com outras instituições (CAMPOS, 1997; PAIM, 2009). Os profissionais da saúde se dividem em dupla militância entre o setor público e o privado. Os hospitais privados gozam de autonomia para organizarem seu próprio processo de trabalho, havendo prejuízo na regionalização e na hierarquização da rede assistencial. A prática médico-hospitalar subordina a racionalidade técnica à econômica.

O predomínio das normas de mercado costuma ser evidente quando da seleção dos procedimentos e recursos humanos, dos equipamentos a serem incorporados e, ainda, no recorte da demanda a ser atendida. O planejamento dessas unidades não segue critérios de avaliação epidemiológica de riscos ou necessidades de saúde, tornando-se a raiz do fenômeno do custo crescente- quando há o estímulo à produção de procedimentos, de forma contínua e desvinculada da demanda, gerando constante aumento dos custos da assistência (CAMPOS, 1997). Na lógica mercadológica, a atenção primária e os centros hiperespecializados convergem com interesses neoliberais, por não serem atividades atrativas economicamente (CAMPOS, 1997). Há também a proposta de contrato universal com a iniciativa privada numa tentativa de conter o SUS.

Os médicos trabalham, em maioria, sobre o padrão mercadológico, devido à cultura imbricada desde a formação universitária focada no padrão biológico, na lógica de procedimentos e na difícil inserção em programas de promoção à saúde (Quadro 5). A pouca atratividade dada pelos salários baixos, condições inadequadas de trabalho e duplo vínculo com a iniciativa

privada não colaboram com a integração da classe com o SUS. A vinculação institucional dos profissionais menos qualificados com o SUS tende a ser menor com a alta rotatividade de empregos e a acumulação de mais de um vínculo administrativo. A ex-propriação dos meios de trabalho não destruiu a vinculação autônoma de algumas categorias profissionais às empresas e ao mercado, havendo a recomposição do liberalismo clássico, diferentemente daquele encontrado em alguns sistemas públicos, onde há completo assalariamento dos agentes produtores de serviço (CAMPOS, 1997).

Quadro 5 - Divisão do trabalho em saúde no Brasil	
<i>Trabalho Médico</i>	<i>Trabalho Paramédico</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Prática liberal; • Padrões disciplinares mais suaves; • Parcial assalariamento; • Supervisão negociada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Padrões disciplinares semelhantes ao trabalho industrial; • Assalariado; • Supervisão disciplinada verticalmente.

O complexo médico-industrial criou uma base concreta para o exercício de práticas e vem reciclando velhas noções liberais, sempre no sentido de adaptá-las às premências de mercado e até mesmo às políticas de saúde do Estado, ainda principal financiador da assistência médico-hospitalar do país. A luta política e ideológica dos defensores do projeto neoliberal para a saúde no Brasil trabalha nas seguintes vertentes (CAMPOS, 1997):

- Ampliar o mercado interno para as seguradoras;
- Ampliação de ações de ação coletiva de grande alcance;

- Ampliação da atenção individual curativa para além da população economicamente apta a se inserir em uma das modalidades privadas de assistência, disputando recursos públicos com o SUS;
- Ações de luta ideológica e cultural visando formar a opinião pública favorável (incapacidade do poder público), ocupando parcelas do governo, modelando o projeto original do SUS, anulando seus aspectos mais socializados;
- Manipulação político-partidária.

O neoliberalismo teve seu maior êxito em desfavor do SUS na base para o financiamento das ações de saúde com a manutenção do modelo previdenciário de pagamento por serviço de acordo com procedimentos realizados pela tabela de procedimentos do SUS. Na mesma direção, existe uma distorção imbricada no SUS que se dá no instrumento de alocação de recursos para a assistência secundária e terciária com a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que define os chamados tetos financeiros dos estados e municípios- destinados à quantia de recursos que cada ente federado terá para financiar os serviços de saúde. Um dos critérios determinantes para a distribuição de recursos pela PPI se constitui na capacidade dos prestadores em oferecer certos serviços de saúde numa micro/macrorregião. Dessa forma, os tetos financeiros seguem a capacidade dos prestadores (oferta), e não a dos pacientes (demanda). Essa parece ser a maior distorção estrutural do SUS, incorporando na totalidade a mentalidade liberal de produção de saúde.

Houve uma tentativa de inovação, em 2006, com o Pacto de Gestão, por uma nova forma de transferência de recursos entre os entes federados por meio dos blocos de financiamento e a instituição de contratos de gestão entre o SUS e os prestadores de serviço (FADEL et al., 2009), entretanto a base permaneceu a mesma: pagamento por procedimento executado. O

dirigente local precisa incentivar a produção para ter mais recursos, perpetuando o fenômeno do custo crescente.

6.2.2 Os seguros privados de saúde no Brasil

O subsistema privado vem conseguindo ampliar sua participação no mercado brasileiro de saúde, mesmo com a implementação do SUS, sinalizando um enfraquecimento da RSB na luta pela transformação do modelo neoliberal de produção de saúde. Alguns números são interessantes, como o aumento do gasto com o desembolso direto pelos brasileiros, que passou de 9% em 1981 para 19% em 2008. Em 1981, 6% das internações hospitalares foram pagas por planos de saúde privados, uma proporção que cresceu 20% em 2008. O volume de atendimentos dos seguros privados de saúde cresceu 466% de 1981 a 1998 e a participação do gasto com saúde, no Brasil, com esses seguros passou de 9% em 1981 para 21% em 2008. Em 1981, o sistema de previdência social pagou 75% das internações hospitalares, enquanto em 2008 o SUS pagou apenas 67% das internações; números acompanhados com recuo na participação do financiamento público na proporção do consumo dos serviços de saúde no Brasil (PAIM et al., 2011).

Com a migração das grandes seguradoras de saúde do mundo para os mercados emergentes, o Brasil se tornou um lucrativo ponto de investimento para as transnacionais do setor, devido ao crescimento econômico dos últimos anos e a renúncia fiscal dada pelo governo à população para adquirir planos de saúde. Em 2006, em nome da “desoneração” do SUS, pelo menos 10 bilhões de recursos públicos-sociais foram revertidos para o mercado de seguros e estabelecimentos privados de saúde. Parte desse montante se refere às despesas com saúde declaradas no imposto de renda de pessoa física de 5.467.450 contribuintes, equivalentes a R\$4.270,34 *per capita* em 2004 (cerca de 12 vezes o valor de R\$342,64

per capita gasto com cada brasileiro atendido pelo SUS em 2004) (BAHIA, 2009).

Nesse movimento, mais pessoas passaram a ingressar no mercado de trabalho, reclamando apólices de seguros privados de saúde que forneciam a cobertura necessária às famílias brasileiras. Os planos de saúde passaram a integrar a cesta de benefícios indiretos e não tributáveis dos contratos de trabalho, tornando-se moeda de troca salarial e reintrojetaram, aparentemente sem intervenção governamental, a segmentação do sistema de saúde brasileiro (BAHIA, 2009). Sem embargo, a vinculação a seguros privados de saúde, em certos casos, passou a ser rotulada, por dirigentes sindicais, como conquista dos trabalhadores, que inclui os servidores públicos, não apenas os federais, mas também para os estaduais/municipais e seus familiares no mercado dos seguros privados de saúde (BAHIA, 2009).

Com a ascensão de mais famílias da pobreza para classe média, a procura por seguros privados de saúde tende a aumentar (VICTORA et al., 2011), tornando-se um dos grandes sonhos do cidadão que acabou de ingressar no mercado de trabalho ou conseguiu aumento de renda. De acordo com o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), as principais razões para as pessoas buscarem os seguros privados de saúde no Brasil são: maior rapidez para realizar consulta ou exame (40,0%), ser um benefício fornecido gratuitamente pelo empregador (29,2%) e maior liberdade para a escolha do médico que irá atendê-lo (16,9%) (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011).

No período pré-SUS, aproximadamente 10% da população detinha apólices de seguros privados de saúde ou em termos quantitativos, cerca de 7,5 milhões de clientes. De 2002 a 2008, o número de brasileiros com seguros aumentou mais de seis milhões, embora a proporção da população

coberta permaneça entre 20 a 25% (VICTORA et al., 2011), com um total de 49.186.989 de brasileiros assegurados (25,9%). O percentual gasto com planos de saúde teve um discreto decréscimo de 32,0% em 1990 para 29,8% em 2008 (PAIM et al., 2011). A taxa de internação foi de 8,2% com os seguros privados de saúde em 2010, número um tanto maior do que os 7% registrados no SUS em 2008 (PAIM et al., 2011). As seguradoras vêm realizando volumosos dividendos no Brasil, o que gerou um faturamento na ordem de R\$63 bilhões no ano de 2009 (US\$27 bilhões) (PAIM et al., 2011).

O mercado dos seguros privados de saúde se concentra na região sudeste, onde são realizados 65% de todos os contratos brasileiros. Nessa região também se encontra a maioria das 1.017 empresas de seguros privados de saúde instaladas no Brasil, com 61,5% das seguradoras no país (PAIM et al., 2011). Em sua grande maioria, as companhias instaladas são pequenas e operam em nível local, mas tem existido um processo, nos últimos anos, de aquisições e fusões das empresas em grandes seguradoras privadas de saúde, ocorrendo uma preocupante concentração no mercado (VICTORA et al., 2011). Poucas companhias (cerca de 8,2%) dominam o mercado brasileiro, oferecendo seguros-saúde a 80,3% do total de clientes (PAIM et al., 2011). O mercado tem se configurado em empresas integradas, desde os anos 80, por seguradoras vinculadas a bancos ou ao sistema financeiro e à diversificação e ampliação das atividades das empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas (BAHIA, 2009).

Waitzkin e Iriart (2001) sinalizavam que a presença das cooperativas médicas, com boa participação no mercado, limitaram nas décadas de 80 e 90 a entrada das grandes transnacionais dos Estados Unidos no Brasil. Entretanto, atualmente esse movimento avança pelas seguradoras vinculadas aos bancos e ao mercado financeiro.

A maior parte (cerca de 77,5%) dos seguros privados de saúde (tanto de empresas estatais, quanto privadas), é destinada a empresas comerciais, contando com alguns empregadores que oferecem planos de saúde a seus empregados por meio de planos de autogestão, constituindo num seguimento não comercial do mercado (PAIM et al., 2011). Muitos desses seguros cobrem, exclusivamente, necessidades específicas; sendo que o preço dos seguros, em geral, está aumentando acima das taxas de inflação (VICTORA et al., 2011).

As seguradoras atendem, fundamentalmente, a população jovem e saudável, com coberturas determinadas por posição socioeconômica e hierárquica dentro das organizações empresariais que o segurado pertence. Em relação à utilização dos serviços de saúde, aqueles que possuem seguros privados têm, em média, um grau de utilização 34% maior do que daqueles que não possuem, de acordo com um estudo de Viacava et al. (2005). Os detentores dos seguros privados de saúde contam ainda com os serviços de vigilância à saúde, sanitária, ambiental, vacinações, campanhas de prevenção às doenças crônicas, infecciosas e aos agravos não transmissíveis totalmente públicos. Além disso, os serviços de alto custo, como hemodiálises e transplantes, são realizados pelo SUS (PAIM et al., 2011).

Na visão dos clientes das seguradoras privadas de saúde, segundo o SIPS do IPEA (2011), os principais problemas desse segmento são: o preço da mensalidade dos planos/seguros de saúde (39,8%), seguidos pela indicação do problema “algumas doenças ou procedimentos não são cobertos pelo plano” (35,7%), o não pagamento de algum tratamento ou procedimento necessário (21,9%), a demora para conseguir consulta com um especialista (18,5%), a rede de atendimento restrita (15,8%) e a demora para ser atendido nas clínicas e hospitais (15,3%). Ficam claros dois

processos concomitantes: a não integralidade da cobertura e o peso do pagamento das mensalidades dos seguros privados de saúde.

Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para garantir a regulamentação legal e administrativa do mercado de seguros privados de saúde. Segundo Bahia (2009), a ANS estabeleceu-se de “costas” para o SUS, baseando-se no desenho das agências reguladoras autônomas, modelada como instituição à parte do Ministério da Saúde, institucionalizando-se em diretorias e diretores que mimetizaram órgãos ou empresas a serem regulados, aos quais se agregaram técnico-militantes do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) (BAHIA, 2009). Em resposta às pressões por redução ou ampliação das coberturas e valores dos reajustes de preços, a nova burocracia desenvolveu um painel de instrumentos de controle de parte do mercado de seguros privados de saúde, cujas bases conceituais e tecnológicas próprias, pouco ou nada se relacionaram com o SUS. Em 2001 e 2002, as medidas fiscais destinadas a estimular a operação das empresas dos seguros de saúde se concentraram em torno do alívio fiscal à cobrança de impostos e contribuições incidentes sobre despesas operacionais e reservas técnicas. Como contrapartida, o suposto mercado livre propõe como única interface com o público o ressarcimento ao SUS.

Durante a construção do SUS, ficou evidente a convergência de atores antagônicos da política brasileira no fortalecimento do mercado de seguros privados de saúde. De início, nos dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), que foi dirigido pelas teses de desregulamentação e diminuição da intervenção estatal nas atividades econômicas, os seguros privados de saúde foram encarados como emanações naturais, inevitáveis e benéficas ao mercado. Complementando esse processo, o governo Lula (2003-2010) rompe discursos e práticas de parte do movimento sindical com a defesa da universalização do direito à

saúde com os anúncios comemorativos dos dirigentes da ANS em relação aos fenômenos de expansão dos postos de trabalho formais e do mercado dos seguros privados de saúde. Em função da invisibilidade das políticas públicas de formação do mercado, as coberturas de seguros privados de saúde são consideradas variáveis independentes de um modelo causal, que pressupõe como desfecho favorável “não” à saúde e “sim” à capacidade individual de consumo (BAHIA, 2009).

6.2.3 A relação do SUS com o setor privado

A interface nos setores privado e público, no Brasil, tem se consolidado no tempo, contudo permanece como um importante fator de conflitos e contradições (VICTORA et al., 2011). O SUS contabiliza em sua rede de serviços estabelecimentos particulares e privados contratados, como também estabelecimentos públicos vinculados com empresas privadas de planos e seguros (BAHIA, 2009). Muitos dos hospitais privados com ou sem fins lucrativos são simultaneamente prestadores de serviço do SUS e dos planos de saúde. Entretanto, é nítida a diferença do melhor atendimento dado aos pacientes dos planos privados em detrimento àqueles do SUS, em que pese a maior participação do financiamento público para a unidade prestadora dual (duas portas: SUS e privado) (VICTORA et al., 2011).

A última pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referente ao ano de 2009 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), evidenciou, assim como as pesquisas precedentes, uma dependência letárgica do SUS em relação ao setor privado, ainda mesmo com 55,3% dos estabelecimentos de saúde no país de natureza pública (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Os estabelecimentos privados de saúde possuem, em sua maioria, fins lucrativos (90,6%), apresentando uma tendência à diminuição da proporção de estabelecimentos sem fins lucrativos (9,4%). Dos 6.875 estabelecimentos de saúde com internação, 58,7% eram privados e 41,3% públicos. Os estabelecimentos com internação apontaram para uma queda acumulada da oferta no período 2005/2009 (3,9%), especificamente no setor privado (8,9%) e um discreto crescimento do setor público (4,1%); refletido em todas as regiões. O número de leitos apurados pela pesquisa AMS (IBGE, 2010) foi de 431.996, sendo 152.892 (35,4%) públicos e 279.104 (64,6%) privados. Por outro lado, o setor público detém a maioria dos 67.901 estabelecimentos sem internação, participando com 69,8%. O SUS também é responsável pela maioria dos serviços de emergência no país, financiando 79,4% dos estabelecimentos pesquisados pela AMS (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O setor privado correspondeu a 90% dos estabelecimentos de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) no Brasil, de acordo com a AMS de 2009, e os estabelecimentos privados que informaram prestar atendimento ao SUS foram responsáveis por 72,4% das internações do setor. Em outras palavras, quase três quartos das internações se dão no setor privado e praticamente toda a rede de exames é privada. O SUS representou a fonte de recursos mais frequente dos estabelecimentos de saúde em 2009 com 67,2% das unidades analisadas pela AMS, valor um pouco menor do que os registrados em 2005 (70,9%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Esse número contrasta vigorosamente com a participação de 43% do SUS no gasto com saúde no Brasil, ou seja, o SUS é duplamente castigado: ao mesmo tempo subfinanciado e agente financiador do setor privado.

Bahia (2009) infere, ao analisar a relação público-privado no SUS, as seguintes evidências:

1. O subfinanciamento incide sobre a escassez ou a ausência de recursos para a ampliação da capacidade instalada pública, degradação dos valores de pagamento de serviços e remuneração dos profissionais da saúde;
2. Os denominados efeitos “paradoxais da descentralização”, expressos na assimetria entre a delegação de responsabilidade e o poder aos entes federados subnacionais, sobretudo os municípios, associam-se à autarquização; refletida na manutenção das formas de propriedade e autonomia dos estabelecimentos privados (em especial os hospitais) e fragmentação do sistema;
3. Os empresários envolvidos com assistência à saúde exigem que o Estado os subsidiem, resolva os problemas derivados do seu crônico endividamento e lhes permita a livre escolha de manter uma capacidade ociosa (não comprável pelos baixos preços de remuneração das tabelas do SUS);
4. As normas do Ministério da Saúde, ao reproduzirem o modelo de compra de procedimentos médico hospitalares e condicionarem os repasses de recursos federais do SUS para determinados programas/ações, emitem sinais opostos, pois reafirmam o padrão de inserção autônomo dos hospitais (majoritariamente privados) na rede pública de saúde, bem como reduzem/cerceiam a autonomia política e administrativa dos estados e municípios.

A insuficiente infraestrutura de estabelecimentos, serviços, equipamentos e de pessoal de saúde, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, reforça as dificuldades de acesso da população ao SUS, prejudicando sua credibilidade. Isso corrobora a alta dependência do SUS pelos contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio

diagnóstico e terapêutico. A atenção terciária no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo realizados predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado (PAIM et al., 2011). O setor contratado, frequentemente, pretere um paciente do SUS por aqueles detentores dos seguros privados de saúde.

Em nome do SUS, as políticas de apoio às empresas de seguro privado de saúde e aos estabelecimentos assistenciais foram intensificadas e diversificadas em nome do direito universal à saúde. A construção dos pilares estatais de apoio à privatização da assistência à saúde não é simples, nem recente, precede ao SUS e se entranha na arquitetura das relações contemporâneas entre o público e o privado. Segundo Campos (1997):

“Elucidar a relação dos hospitais com as instâncias de poder do Estado, mas também como se organizam o processo de trabalho e a atenção do doente, constitui-se em passos decisivos para a elucidação dos entraves ao desenvolvimento do SUS. Além disso, elucidar a relação do complexo médico-farmacêutico-industrial com o aparelho do Estado é chave para a implantação do SUS”.

6.2.4 Considerações finais

O mesmo Estado que criou o SUS, como um projeto de medicina socializada, mantém e fomenta a macroestrutura liberal em todo setor saúde e no próprio SUS. O neoliberalismo dirige sua burocracia, principalmente, por meio de normas que privilegiam a oferta de serviços em detrimento à demanda. Concomitantemente, o mercado dos seguros privados de saúde recrudescer nas primeiras duas décadas de vida do SUS, tornando-se atrativo para as transnacionais do setor pelo crescimento do mercado

interno brasileiro, pelas fragilidades na regulação do mercado e pelos incentivos fiscais que o governo concede a quem adquire um seguro privado de saúde. A dependência do SUS junto ao setor privado o coloca numa situação perigosa, ao mesmo tempo subfinanciado e financiando a privatização da saúde, mantendo-se refém do mito neoliberal da insolvência dos sistemas públicos de saúde com vistas à transformação da saúde dos brasileiros em mercadoria.

6.3 A fragmentação do SUS

6.3.1 *Distorções estruturais do SUS*

A conquista do projeto da medicina socializada no plano político contra o projeto neoliberal no setor saúde não impediu a manutenção do subsistema privado, como também não conseguiu instituir a progressiva estatização do setor no Brasil, arquitetada pelo movimento sanitário (CAMPOS, 2007a; CAMPOS, 2007b). A dicotomia público/privado no setor saúde brasileiro se tornou, ao longo da implantação do SUS, o maior desafio do projeto da RSB. Tal distorção deixou de herança a tradição liberal na produção de saúde imbricada na estrutura organizacional e no modelo assistencial do SUS.

Os eventos da descentralização, municipalização, regionalização e hierarquização, previstos na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde- Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990), foram intensamente prejudicados pela influência política e econômica do neoliberalismo durante o desenvolvimento do SUS, resultando em grandes iniquidades no sistema de saúde brasileiro; materializado pelo subfinanciamento do setor público.

O Brasil vem destinando 43% do gasto em saúde para o SUS com a responsabilidade na cobertura assistencial de 75% da população. Tal disparidade de financiamento tem sido agravada pela dependência financeira do poder local junto aos estados e, principalmente, à União. Da arrecadação com impostos pela federação, o governo federal retém 58% das receitas arrecadadas, ao passo que os governos estaduais recebem 24,7% e os municípios 17,3% (PAIM et al., 2011). Ainda no campo tributário, a Lei Kandir (BRASIL, 1996) desonerou produtos de exportação às custas dos estados e municípios, representando perda de arrecadação para os governos subnacionais, em que nem a compensação financeira pela

União tem sido suficiente, fragilizando ainda mais a gestão local; submetida a profundas desigualdades na distribuição de recursos, que passaram a ser reguladas por barganhas políticas.

Ainda no campo estrutural, e não menos importante que o financiamento, a falta de harmonia e homogeneidade, tanto regional quanto nacional, na gestão do trabalho no SUS representa um ponto de extrema fragilidade, impedindo a integração do sistema. É muito comum a mobilidade dos profissionais do SUS entre os municípios em busca de melhores salários e condições de trabalho, trazendo competição interna dentro do sistema. Como cada ente federado é autônomo, uns organizam políticas de recursos humanos com carreiras e planos de cargos e salários, enquanto outros mantêm os profissionais com vínculos de trabalho precário (sem proteção social) e pouca identificação com o SUS, contando ainda com um amplo movimento de terceirização dos quadros de apoio, administrativo e assistencial, que passam ao duplo comando (pela empresa contratada e pelo SUS). Um complicador nesse tema é a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000), resultado da agenda econômica do FMI para o Brasil, onde os gastos com folha de pagamento não podem exceder a 60% do orçamento da área, quer seja saúde, educação, fazenda; não importando o setor em questão. Esse tratamento igualitário às diferentes áreas resultou numa distorção grave na gestão do trabalho em saúde, principalmente nos municípios.

Em saúde, o gasto com recursos humanos representa a maior parte do orçamento, seja no setor público ou privado. Dessa forma, os gestores passaram a terceirizar a contratação de pessoal para que na contabilidade passe a constar a prestação de serviços, ao invés de gasto com folha de pagamento. A Lei de Responsabilidade Fiscal e a falta de uma carreira nacional do SUS trazem prejuízos incomensuráveis à organização do trabalho no sistema e, conseqüentemente, à integração do SUS.

Na questão da assistência, a fragmentação do SUS se traduz na sua grande dependência junto aos prestadores privados com fins lucrativos (PAIM et al., 2011), contrariando um princípio básico dos sistemas nacionais de saúde, que se refere à integração da prestação de serviço, à gestão e ao financiamento, tudo num mesmo sistema, como acontece na Grã-Bretanha e em Cuba. No caso do SUS, optou-se por não se realizar a estatização de serviços privados, filantrópicos ou não governamentais que prestassem assistência ao antigo sistema previdenciário ou público. Para integrá-los em rede única, delegou-se aos municípios, ou eventualmente aos estados, a função de realizar contratos e convênios com esses prestadores autônomos, acompanhando o seu desempenho. À instância federal e às estaduais caberia a coordenação e o apoio sistemático a essa miríade de sistemas municipais, procurando-se assegurar o caráter único e nacional a essa rede descentralizada (CAMPOS, 2006).

A dependência do SUS na prestação de serviços privados na atenção secundária e terciária limita o seu poder de ação- tanto no financiamento, por se tornar mais oneroso, quanto na assistência- que resiste ao projeto da RSB na transformação do modelo liberal em direção à medicina socializada. A desarticulação entre o poder local e a área hospitalar tem sido agravada pela dificuldade concreta de se estabelecer qualquer nível de integração entre os sistemas locais e os hospitais conveniados. Nem mesmo os hospitais universitários se integraram ao SUS, os quais asseguraram autonomia administrativa determinando tão somente a sua atuação como prestadores de serviço do sistema.

Ainda do ponto de vista assistencial, a Lei n° 8.080/90 (BRASIL, 1990) estipulou a existência de um comando único em cada nível de governo, atribuindo ao município a gerência e a execução de todas as ações de saúde em sua abrangência territorial, o que cria uma responsabilidade do poder local com a atenção individual (básica, especializada e hospitalar) e

com diversas outras modalidades voltadas à promoção e prevenção da saúde. O efetivo cumprimento dessas diretrizes exigiria um revolucionário movimento de descentralização, já que, historicamente, órgãos nacionais e estaduais concentraram parcela importante das unidades públicas (CAMPOS, 1997, 2006).

O SUS ampliou o poder municipal, porém ao distribuir os encargos aos municípios, não houve contrapartida financeira adequada, sem uma plena delegação de autonomia gerencial e política ao nível local. Intensificou-se a verticalização das relações federativas com poucos estímulos ao compartilhamento de funções e produziram-se incentivos à individualização da proteção, entre outros (FLEURY et al., 2010). Mesmo em meio a esse cenário, o processo de construção do SUS avançou, sendo conduzido a partir da União em direção à descentralização municipal com base na pactuação de marcos normativos temporários, associados a instrumentos de indução financeira e monitoramento gerencial, com o objetivo de formar competências e estruturas descentralizadas de gestão e provisão de serviços de saúde (FLEURY et al., 2010).

6.3.2 Os efeitos paradoxais da descentralização

A descentralização da saúde entrou na agenda política do Banco Mundial para o setor saúde na América Latina na década de 90 (WORLD BANK, 1994), quando ao fragmentar a rede assistencial de saúde, criaram-se nichos de mercado para as transnacionais do setor. Para compreender essa política, é preciso entender o oposto de um sistema descentralizado, que seriam os sistemas nacionais de saúde, que partem do princípio da integração estrutural e assistencial para diluir racionalmente os custos da assistência. Na lógica neoliberal, a descentralização seria a devolução ao mercado da responsabilidade do atendimento às pessoas. A visão social democrata ou *Keynesiana* não separava a diretriz da descentralização

daquela da privatização, criticando-as como se fossem uma, sendo inevitável o desdobramento uma da outra (CAMPOS, 2006).

Campos (2006), no ensaio intitulado “Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil”, apresenta não uma crítica fortuita ao modelo de descentralização realizado pelo sistema de saúde brasileiro, mas uma face desse processo, que se tornou a maior diretriz operacional da burocracia do SUS que o movimento sanitário adquiriu como princípio durante a RSB; contrapondo o modelo de Estado centralizado e autoritário. Um dos componentes do movimento que lutou pelo fim da ditadura militar foi o municipalismo, o qual se fortaleceu como uma reação ao grau excessivo de centralização ocorrido durante o período ditatorial. Nesse sentido, o movimento democrático, nele incluso o pensamento de esquerda e o desenvolvimentista, incluiu a descentralização como um componente essencial à democratização do país.

A descentralização, no caso da RSB, procurava modificar o desenho e a lógica de um sistema público sem que, necessariamente, ocorresse a sua privatização, ou sem que se abdicasse do papel de gestor e de prestador direto do Estado. Imaginou-se um sistema que procurasse sobrepor-se à racionalidade do mercado, provendo atenção segundo as necessidades e demandas da população, independentemente da capacidade das famílias e das pessoas pagarem pelo atendimento oferecido (CAMPOS, 2006).

De acordo com Campos (2006), na descentralização pensada para o SUS, o polo básico se trata dos municípios, integrando-se num sistema único. Isso dar-se-ia segundo três racionalidades: a primeira seria a existência de uma legislação superior, constitucional, que imporia objetivos e até mesmo modos de se atender o direito à saúde. A segunda se refere ao funcionamento de órgãos colegiados em que os próprios municípios participariam da definição de políticas e de normas- o mecanismo de gestão compartilhada- e a terceira, externa aos municípios, decorrente do papel de

coordenação do sistema que deveria ser exercido pela União e os estados da federação. Para isso, instituíram-se as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), entre os estados e os municípios, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), entre a União, os estados e os municípios, como instâncias de negociação de prioridades e recursos; definidas como estratégias de descentralização e transferência de recursos e os instrumentos de planejamento e gestão compartilhada (FLEURY et al., 2010). Trata-se de um espaço de poder compartilhado em órgãos com poder para coordenar um sistema com polos bastante autônomos e uma legislação comum a todos os entes federados (FLEURY, 2011a). Em função disso, a União e os estados, por meio de ações de governo, deveriam coordenar e manter integrados os sistemas municipais que formalmente gozam de autonomia.

O mais importante no processo de descentralização para os municípios foi a qualificação dos sujeitos municipais, entre servidores públicos, secretários de saúde, prefeitos e líderes sociais. Esses atores incorporaram o discurso da RSB, ampliando o espectro de ação do SUS, além da prestação de serviço, concedendo consistência à base do SUS, bem como a ampliação do escopo de atores envolvidos na definição de prioridades, na elaboração do orçamento e na institucionalização dos canais de participação e controle social.

Fleury et al. (2010) ao analisarem a governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil, verificaram grandes avanços com a municipalização que projetou as secretarias municipais de saúde na esfera dos governos municipais; ampliou a capacidade de gestão em função das novas responsabilidades; aumentou a força de trabalho em saúde; gerou aumento na oferta de serviços ambulatoriais e ações de saúde coletiva; contribuiu na democratização do poder e na tomada de decisão no Estado; aperfeiçoou a capacidade de gestão local e induziu maior comprometimento de recursos do orçamento municipal com setor saúde.

Na visão de Campos (2006), a descentralização tende a produzir autonomia para os polos (municípios maiores capazes de atender uma determinada região) rompendo o tênue liame que os mantêm unidos em uma rede de compromissos, de responsabilidades e de obediência hierárquica. A autonomia das partes tende a produzir funcionamento autárquico ou departamental, com predomínio de interesses particulares sobre o interesse geral. O conceito de sistema, ao contrário, pressupõe a lógica de rede, de ligação entre os polos, de funcionamento harmônico das distintas partes em função de objetivos sistêmicos, em geral, considerados gerais ou coletivos; ou seja, de interesse público. Os sistemas justificam-se iam porque seriam potentes o suficiente para contra-arrestarem os particularismos inevitavelmente produzidos pelos interesses locais ou muito específicos. Esse paradoxo, existente porque os efeitos centrípetos decorrentes da descentralização sempre estarão se produzindo, tende a induzir a fragmentação do sistema com isolamento dos municípios, gerando um processo de municipalização com baixa capacidade de integração e de solidariedade entre as partes (CAMPOS, 2006).

6.3.3 A fragmentação e a municipalização do risco

O SUS não é um sistema nacional com características, normas e programas uniformes (CAMPOS, 1997; CAMPOS, 2006). Como resultado, a influência dos órgãos federais e estaduais sobre os sistemas locais sempre terá de ser negociada ou imposta por meio de pressões políticas. O Ministério da Saúde, bem como algumas Secretarias de Estado, elaboram seus planos e definem objetivos e metas, no entanto, a não ser por mecanismos de indução indireta, sendo o principal o estímulo financeiro, não há como obrigar os municípios a aderirem a esses desígnios. Isso tende a produzir um sistema com importante grau de heterogeneidade entre as redes locais e regionais. Por outro lado, o nível municipal recebe pressão

social por acesso e pela construção de novos padrões de produtividade e de eficácia para o SUS. A omissão da assistência perante o SUS local tornou-se indesculpável perante a opinião pública, o que significa alívio para as instâncias do poder central do Estado.

A descentralização e a autonomia dos entes federados não produziram efeitos no mesmo sentido que a lógica derivada da concepção de um sistema, chocando-se com uma série de recomendações que vieram acumulando-se nas Conferências Nacionais de Saúde e nas resoluções dos Colegiados de Gestão do SUS (CIB e CIT). Tem-se observado uma dificuldade de liderança e de coordenação do ministério e das secretarias de estado para levar adiante essa reforma do modelo de atenção e mesmo de elementos éticos e políticos do sistema (CAMPOS, 2006). Entretanto, a agenda da RSB conseguiu imbricar-se nas entranhas do SUS de todos os níveis de gestão, conseguindo quase que por si mesma, coordenar o sistema.

Como o horizonte da descentralização é o município, no limite há uma tendência para que a responsabilidade pelo atendimento integral dos casos individuais ou coletivos (epidemias, calamidades sanitárias ou endemias) seja exclusiva do mesmo. Essa perspectiva tem se reforçado em virtude de um discurso radicalmente municipalista, que interpreta a legislação vigente delegando autonomia absoluta a cada gestor local. Entretanto, autonomia implica em responsabilidade do sujeito portador de tal qualidade, e em decorrência, há uma independência radical dos outros sujeitos, no caso outros entes federados.

Como é impossível para a maioria dos municípios brasileiros compor no próprio território toda a rede de serviços de saúde, tornaram-se necessárias articulações regionais para assegurarem o acesso e a atenção à saúde. Entretanto, como a capacidade local de gestão é reduzida e a decisão de aderir aos programas de ampliação do acesso e melhoria da rede é

influenciada por um conjunto de variáveis que vão além do risco ou vulnerabilidade epidemiológica, a constituição de redes regionais fica quase sempre muito prejudicada (CAMPOS, 2006). Acrescentam-se a isso as variáveis políticas, que de acordo com Campos (2006) e Paim (2009) referem-se a:

- Vontade política dos dirigentes municipais;
- Capacidade de pressão da sociedade civil local;
- Organização mais ou menos corporativa dos profissionais de saúde;
- Grau de clientelismo e degradação dos costumes políticos de cada região.

Diante de tantas barreiras, a descentralização tornou-se paradoxalmente um problema para a organização de redes regionais, no momento em que foi colocada a condição da municipalização um tanto quanto acima da regionalização, ficando quase impossível compor no próprio território toda a complexa rede de serviços de saúde necessária para assegurar acesso e atenção conforme a necessidade de cada caso (CAMPOS, 2006). As iniquidades geradas pela não completude do processo de regionalização, considerando a potencialização da desconcentração das responsabilidades para os municípios, criou o fenômeno da municipalização do risco, quando o município isoladamente assume o ônus da não assistência. Em outros termos, os demais sujeitos do processo (estados e União) passam a responsabilizar o município por não responder às necessidades de determinada localidade, porque seria somente o município o responsável quase que único por garantir a assistência. Os Estados e a União ficaram numa situação extremamente cômoda, com a responsabilidade de financiar, controlar e avaliar, sendo esse discurso repetido como um “mantra” aos quatro cantos dos fóruns de gestão do SUS em todo o Brasil, principalmente após o Pacto de Gestão do SUS em 2006.

A municipalização do risco passou a gerar crises de credibilidade dos municípios em gerenciar os sistemas locais de saúde, revertendo-se em possibilidades para as “inovações” de gestão, como a terceirização dos serviços de saúde (assunto que será tratado nos próximos capítulos) e ampliação do mercado privado, que diante da não competência do SUS em garantir acesso aos serviços de saúde, consegue avançar na comercialização dos seguros privados. Esse processo vem ao encontro da proposta do Banco Mundial para os sistemas de saúde. Quanto mais descentralizado para as autoridades locais um sistema de saúde é, mais fragmentado ele fica, e mais aberto ao mercado esse sistema se torna. Essa fórmula do Banco Mundial foi exitosa em toda parte do mundo que seguiu seus princípios para a organização dos serviços no setor de saúde. A unificação do SUS sempre representou uma ameaça aos interesses de categorias profissionais, de setores empresariais com “anéis burocráticos” bem estabelecidos no governo, de partidos e grupos políticos que utilizavam as instituições como instrumento de poder. O desafio da unificação do sistema, mais do que uma questão técnica, é um problema político (CAMPOS, 1997).

6.3.4 Considerações finais

A agenda descentralizante neoliberal do Banco Mundial no setor de saúde brasileiro obteve êxito parcial na fragmentação do SUS, promovendo distorções nos âmbitos organizacional e assistencial do sistema, sendo parcial por dois motivos: o processo de descentralização do Estado para com os municípios veio com a redemocratização do Brasil, sendo resultado de um processo democrático de divisão do poder; contrapondo-se ao neoliberalismo, a RSB avançou no projeto de ampliação assistencial e de formação de sujeitos do movimento sanitário. Como efeito paradoxal da descentralização, a fragmentação do SUS tornou-se, com o tempo, fator limitante ao avanço em direção aos sistemas nacionais de saúde, criando

uma série de desconexões, principalmente políticas. A municipalização do risco à saúde foi uma dessas distorções, caracterizada pela ausência dos outros entes federados na responsabilidade sanitária direta. O discurso da total responsabilidade municipal na prestação de serviços, com a participação dos estados e da União como coadjuvantes no palco do SUS, é caudatário do modelo neoliberal do Banco Mundial. Esse fenômeno repercute no subfinanciamento do setor público, na ausência da carreira nacional do SUS e na agonia da dependência do SUS junto aos prestadores privados de saúde; tudo isso combinado vem ampliando os nichos de mercado para os planos de saúde. Paradoxalmente, o SUS manteve a fragmentação do modelo de saúde previdenciário e residual anterior a 1988, mas conseguiu pela agenda da RSB ser um sistema coordenado.

6.4 Dissecção anatômica da privatização neoliberal do SUS

6.4.1 A privatização do SUS

O presente capítulo trata da privatização dos sistemas locais e dos serviços de saúde do SUS. Foram elaboradas algumas hipóteses, baseadas na convergência de alguns processos em curso no SUS, experiências em outros países e a influência neoliberal sobre o sistema brasileiro pela dependência externa. O objetivo deste capítulo foi evidenciar os movimentos privatizantes dentro do SUS, por meio de uma dissecção das peças anatômicas que compõe o corpo da privatização do SUS. As afirmações advindas desse capítulo e do próximo procedem da observação participante descrita nos métodos do presente estudo.

Nos itens *A gestação da privatização*, *Desmantelamento do público e hipervalorização do privado* e *O processo de privatização do SUS* realizou-se uma abordagem regional do movimento privatizante, considerando que durante esta tese procurou-se caracterizar as bases deste processo nos âmbitos internacional e nacional. O presente item define o movimento privatizante no SUS com algumas inserções especulativas.

O termo privatização do SUS empregado aqui se refere, como ponto de partida, ao movimento de transferência de responsabilidades do setor público para o setor privado, desde a terceirização da força de trabalho médica/paramédica à administração de unidades públicas pela iniciativa privada, quer com ou sem fins lucrativos. Considerou-se também o entendimento de De Paula (2005) sobre privatização, entendida como o deslocamento dos cidadãos da posição de contribuintes e coproprietários da empresa prestadora, ou seja, de “principais” para a posição de clientes e usuários dos serviços. Com essa mudança de papéis, os interesses dos proprietários das empresas tendem a suplantar os dos cidadãos, dificultando

o estabelecimento de uma regulação governamental dirigida para o interesse público.

Dessa maneira, utilizou-se o termo privatização do SUS por melhor caracterizar o movimento em curso no Brasil. É claro, que esse termo não declara o SUS como um sistema privado, pelo contrário, revela o fenômeno neoliberal de deslocamento do sistema em direção ao modelo proposto pelo Banco Mundial, traduzindo-se na ampliação do mercado das seguradoras privadas de saúde com um sistema público complementar ao modelo privado, que atenderia aqueles que não se inserissem nesse subsistema (pobres e doentes crônicos).

Os processos de terceirização da força de trabalho e da gestão das unidades públicas combinados com a estrutura neoliberal de produção de serviços de saúde, dentro e fora do SUS, formam uma paisagem em que a saúde passaria a ser entendida como um bem de consumo, e não um direito fundamental do ser humano, de acordo com a definição de privatização da saúde feita por Armstrong e Armstrong (2008). Considerando que o fim de todo processo privatizante é tornar a saúde um bem de mercado, acredita-se que tal fim é um provável resultado do movimento de privatização do SUS. Todos os passos em direção a terceirizações, subfinanciamento, financiamento público do setor privado, deterioração das unidades públicas e geração de crises pela mídia parecem combinados num mesmo plano neoliberal, que seria de transformar o SUS num sistema residual anexado ao subsistema privado.

Existe em curso no Brasil um movimento natural do subsistema privado de saúde em colonizar o subsistema público, dada à insustentabilidade do modelo de mercado pelo estímulo à produção de procedimentos, pela acumulação exacerbada de capital, associadas ao déficit de instalações, tendo como consequência a crescente geração de iniquidades; isso torna o subsistema privado num sistema de crises, como o

próprio capitalismo (MARX; ENGELS, 1998). Nesse fenômeno inercial, o SUS tornou-se imprescindível para atender procedimentos preventivos, disponibilizar instalações físicas e recursos humanos para concessão de subsídios fiscais e/ou financiamento direto (principalmente na atenção terciária), como também na cobertura dos casos de alta complexidade, que por serem muito dispendiosos consumiriam margens substanciais de lucros.

O subsistema privado de saúde brasileiro tem se mostrado saturado para atender a demanda, devido ao aquecimento do mercado interno e à falta de investimentos em infraestrutura. As greves de médicos contra os planos de saúde, a contratação de falsos profissionais em hospitais, o uso de medicamentos adulterados, as empresas de ambulâncias movidas à propina e as burocracias de organizações privadas, tão ou mais insensíveis e menos profissionalizadas do que as públicas, denunciam os limites estruturais da segmentação do sistema de saúde (BAHIA, 2011). Nesse momento, as seguradoras privadas passaram a buscar as instalações do SUS para prover atendimento aos seus clientes, como também ocupar nichos de mercado deixados pela não cobertura do SUS. A saída encontrada para atender novos clientes de planos de saúde tem sido a abertura de duplas portas em hospitais da rede SUS (BAHIA, 2011).

O projeto neoliberal para a saúde sempre esteve em curso no Brasil. Campos (2007b) avalia que os neoliberais estão articulados com um mesmo fim, o de mercantilizar a saúde, metodologicamente disciplinados, envolvendo os campos político, econômico e ideológico. Ao se esmiuçar os passos tomados para sobreposição liberal em detrimento da social no setor saúde, pode-se perceber um período gestacional, onde os sujeitos do processo privatizante criam um clima político propício para a virada do jogo a favor do mercado. A partir daí, haveria o ponto de mutação, quando o direito à saúde universal e gratuita seria flexibilizado no Brasil, como vem acontecendo na Grã-Bretanha (LEYS; PLAYER, 2011), com a

figuração de alguns eventos: teste de renda (avaliação da renda para a inclusão do indivíduo no sistema), copagamentos, orçamentos individuais para doentes crônicos, instituição de *vouchers* para a aquisição de serviços entre prestadores e a não cobertura de certos procedimentos. Tudo isso combinado num cenário futuro e hipotético dentro do SUS.

Esses eventos fazem parte do *menu* neoliberal presente nos processos privatizantes dos sistemas públicos de saúde, que são parte de redes de apoio social, principalmente nas sociais democracias. Caso o processo de privatização do SUS caminhe para um ponto em que o direito à saúde se torne algo insustentável financeiramente à lógica neoliberal, tais medidas poderão se concretizar no Brasil, cumprindo a agenda do Banco Mundial para o setor da saúde na América Latina.

6.4.2 A gestão da privatização do SUS

A privatização dos serviços públicos de saúde vem, por vezes, precedida por um período gestacional em que há, basicamente, dois macromovimentos: hipervalorização da eficiência privada na saúde e desmantelamento dos serviços públicos de saúde existentes. Pode-se dividir os determinantes subnacionais (esferas municipal e estadual) da gestão da privatização do SUS em três dimensões: política, econômica e ideológica.

Politicamente, há a necessidade de se criar um ambiente de crise para o envolvimento dos sujeitos políticos responsáveis (executivo e legislativo) na tomada de decisão, geralmente por medidas drásticas. Frequentemente, essas medidas incluem terceirizações de recursos humanos, compra de hospitais, aumento de recursos para prestadores privados com fins lucrativos até a transferência da gestão das unidades públicas para o setor privado. No plano econômico, as medidas de contenção de gastos públicos geralmente implicam em cortes de orçamento, redução de pessoal e

reformas organizacionais com o enxugamento de estruturas. No plano ideológico, a ideia-força da eficiência privada sobre a pública na gestão de hospitais e unidades de saúde é intensamente propagada por agentes econômicos, políticos e sociais, com o apoio da mídia, criando a sensação de inexorabilidade da melhoria da gestão por meio da iniciativa privada. Esse cenário regional combina-se com os seguintes componentes macroestruturais da saúde no Brasil:

- Dualidade público/privado no setor da saúde;
- Financiamento público do subsetor privado;
- Subfinanciamento do SUS;
- Gestão das políticas de seguridade social pelo prisma econômico-neoliberal;

A conjunção dos determinantes regionais com os macroestruturais leva à mercantilização da saúde. Intrinsecamente, a estrutura liberal arraigada de financiamento de procedimentos, e não de vidas, imputa ao SUS um movimento constante e linear em direção à sua privatização, ou seja, deslocando-se do projeto socialista na saúde para o neoliberal. Esse fenômeno é movido dentro do aparelho do Estado por meio do movimento que será ilustrado aqui como *A Roda da Privatização da Saúde*: modelo baseado em procedimentos leva à dependência dos prestadores privados, que leva ao custo crescente, que leva à inviabilidade econômica, que leva ao empobrecimento dos serviços, que leva à insolvência dos serviços, que torna o indivíduo responsável por seu cuidado, que leva à incapacidade do modelo em garantir a vida e a dignidade, que leva à ampliação do mercado do subsistema privado, terminando por institucionalizar a saúde como mercadoria, que leva à geração de procedimentos e assim por diante.

O círculo vicioso descrito acima envolve o sistema de tal forma que os sujeitos do processo decisório do SUS (gestores e servidores públicos) passam a trabalhar para a estrutura sem perceber o movimento em curso. O

movimento social do SUS, por vezes, identifica partes do ciclo, mas pelo seu processo de amadurecimento ainda em curso, não consegue identificar a natureza privatizante do mesmo ou quando identifica o faz com voz isolada e sem ressonância. A gestação da privatização passa despercebida na sua essência pelo seu caráter nebuloso, porque se o principal objetivo do movimento vem à luz do dia, encontraria extrema resistência do movimento sanitário, como já vem recebendo mesmo sendo negado pelo poder instituído.

6.4.3 O desmonte do público e a hipervalorização do privado

Para promover a privatização do SUS, torna-se imprescindível criar condições que viabilizem o desmonte das estruturas públicas de saúde, que se faz por duas vias: 1) desvinculações da gestão e 2) da força de trabalho do sistema de saúde. Em relação à gestão, existe um argumento central que se sedimenta na inviabilidade da gestão de suas unidades públicas com o regime da Administração Direta. Esse meio consiste na execução das atividades públicas pelo próprio Estado, não delegando as atividades e funções em pessoas jurídicas separadas, como fundações públicas/privadas, organizações não governamentais (ONGs) e empresas públicas/privadas. A Administração Direta rege-se pelo Direito Administrativo, definido como o ramo do Direito Público que tem por objeto os órgãos, agentes e pessoas jurídicas administrativas que integram a Administração Pública (DI PIETRO, 2004).

Na Administração Direta, o controle dos agentes públicos (gestores e servidores públicos) é rigoroso, fiscalizado por órgãos de acompanhamento externo (Tribunais de Contas), com uma grande quantidade de leis, regras e normas a serem seguidas, tornando, à primeira vista, o regime público contraproducente.

De acordo com o Direito Administrativo, o agente público só pode atuar no estrito rigor da lei e das normas, agindo somente de acordo com a letra da lei. Não havendo precedente legal ou norma reguladora, o agente público não pode atuar. A partir desse engessamento legal que impede gestores e servidores públicos de avançarem sobre o não regulado ou o imprevisível, constrói-se o argumento maior daqueles que defendem a privatização do SUS: é impossível trabalhar no campo da saúde com a Administração Direta, porque a imprevisibilidade do evento da doença carrega os hospitais de desafios que somente a agilidade do regime privado poderia ser capaz de conseguir atender. A partir dessa premissa, passa-se a hipervalorizar a chamada eficiência do setor privado.

Os tecnocratas neoliberais não revelam as limitações orçamentárias que as unidades geridas pela Administração Direta são submetidas, bem como as limitações na tomada de decisão. A combinação de estrangulamento financeiro e centralização administrativa são eventos presentes na deterioração das unidades públicas de saúde, de forma a transferir a gestão para a iniciativa privada ou mesmo fechar o serviço; criando assim possibilidades para a privatização. Os argumentos acima têm justificado a desvinculação da gestão pelo Estado de hospitais e outras unidades públicas para a terceirização pelo chamado setor público não estatal, como as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Concomitantemente a esse processo, a desvinculação da força de trabalho da estrutura do sistema de saúde tornou-se regra para os movimentos privatizantes no SUS. O estímulo ao não assalariamento dos trabalhadores da saúde, principalmente os médicos, criou mecanismos de inserção liberal no sistema, como a associação profissional em cooperativas, empresas ou mesmo em entidades da sociedade civil sem fins lucrativos. A argumentação dessa ingerência dentro do SUS baseia-se na

inviabilidade da gestão do trabalho em saúde, segundo os interesses corporativos dos servidores públicos e as imposições da Lei de Responsabilidade Fiscal, que limitam em 60% os gastos com o funcionalismo público, contudo fomentando indiretamente a terceirização do trabalho no serviço público (BRASIL, 2000).

A contratação de profissionais da saúde e de apoio por meio de empresas com fins lucrativos vem sendo a forma mais utilizada para a fragmentação do SUS por meio da desvinculação da força de trabalho. Com o duplo comando pela empresa e pelo SUS, esses trabalhadores têm inserção limitada no sistema por não participarem efetivamente das representações colegiadas, como as conferências de saúde, tomando parte dos serviços numa posição um tanto quanto inferiorizada. Os ganhos geralmente são inferiores, com exceção aos médicos que conseguem fazer salários bem maiores por esses meios. Os contratos, na sua maioria, são precários e a mobilidade de trabalhadores é alta pela influência política, no que tange à inserção desses trabalhadores dentro das empresas de prestação de serviços. O sistema político clientelista retroalimenta a precariedade do trabalho, de sorte a garantir o controle sobre os nichos dentro dos serviços públicos para o atendimento de interesses não republicanos.

A questão neoliberal para a gestão do trabalho na saúde reside na desvinculação dos trabalhadores de carreira do sistema, ou seja, aqueles que formam a massa crítica do SUS, por esses concederem solução de continuidade às políticas públicas de longo prazo. Essa massa crítica passa a ser fragmentada, onde se instituem “rachaduras” irreparáveis nas ações de longo prazo em saúde pública. A partir dos efeitos dessas “rachaduras”, os tecnocratas neoliberais avançam na instituição de normas que direcionam a descontinuidade de ações, a inserção de interesses privados e o desenvolvimento da privatização de serviços públicos de saúde. Essas manobras têm o suporte de políticos clientelistas e patrimonialistas, que

vislumbram desde o direcionamento das ações de saúde para bases eleitorais até o favorecimento a certos grupos privados ligados a políticos e seus partidos. Quanto mais instável a ligação entre os trabalhadores da saúde do SUS, mais fácil se tornam as manobras privatizantes.

6.4.4 Indicadores do processo de privatização do SUS

Durante a privatização de serviços e sistemas locais de saúde do SUS, existem determinados sinais indicadores desse movimento, que muitas vezes é conduzido veladamente da opinião pública. Como discutido no item anterior, o principal ataque vem pelo desmantelamento dos serviços públicos, direcionado à desqualificação da gestão e à fragmentação da força de trabalho em saúde. Envolvendo essas ações são emitidos sinais que identificam o processo privatizante, a fim de que o controle social e os sindicatos dos trabalhadores da saúde possam passar a reconhecê-los. Partindo de referenciais regionais (estadual e municipal), dividiram-se esses sinais em duas categorias. A primeira denominada de *Desconfiguração Institucional do SUS* refere-se aos movimentos contrários ao arcabouço normativo do SUS nos estados e municípios. A segunda relaciona-se à *Fragmentação do Acesso à Saúde* caracterizada pelo desmantelamento dos mecanismos de organização de rede de serviços e dos instrumentos de distribuição de vagas ao acesso à saúde dentro do SUS (Quadro 6).

Quadro 6 - Síntese dos sinais da privatização dos serviços e sistemas locais de saúde do SUS

<i>Desconfiguração Institucional do SUS</i>

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Instabilidade política na gestão do SUS; ➤ Alterações legais que permitem a administração privada dos serviços de saúde do SUS; |
|--|

- Inserção de profissionais do setor privado na gestão do SUS;
- Inobservância das resoluções das Conferências de Saúde e dos Colegiados de Gestão Regional da CIB;
- Centralização da tomada de decisão nas áreas da administração e da fazenda;
- Desvio de recursos da saúde para outras áreas;
- Não observância dos preceitos da Emenda Constitucional n° 29 e Lei Complementar n° 141/12;
- Ausência de planos de carreiras, cargos e salários;
- Ausência de projetos de formação profissional para os servidores públicos.

Fragmentação do Acesso à Saúde

- Inobservância dos critérios epidemiológicos, sociais e demográficos na organização da rede de serviços de saúde;
- Ausência de mecanismos intermunicipais de composição de rede de saúde;
- Organização da atenção de acordo com o interesse dos prestadores privados de saúde;
- Direcionamento de serviços de saúde para a iniciativa privada;
- Desmantelamento de programas de saúde de caráter regional;
- Desmonte das Centrais de Regulação de Vagas do SUS;
- Influência política no acesso aos serviços de atenção secundária e terciária;
- Aumento expressivo de casas de apoio gerenciadas por grupos políticos;
- Judicialização do acesso aos serviços de saúde (no momento em que na região só se consegue acesso via judicial).

Nem todas essas manifestações, isoladamente, indicam que há, necessariamente, um projeto de privatização em curso, numa determinada região, mas é provável que a combinação de alguns desses sinais torne o sistema frágil a tal ponto em que haja a transferência de responsabilidades do setor público para o setor privado, principalmente no nível municipal, quando ao ser vítima do processo de *Municipalização do Risco* tende-se a achar soluções de curto prazo.

Para ilustrar o que foi descrito acima, o processo de *Judicialização da Saúde*, caracterizado pela individualização do risco quando o judiciário determina, a partir do Direito Constitucional o acesso universal e integral à saúde, a realização do tratamento de um indivíduo, independentemente dos protocolos clínicos do SUS para a assistência à saúde, custos, disponibilidade e da necessidade coletiva. Sem fazer juízo, o fenômeno da *Judicialização da Saúde* expressa por um lado a *Desconfiguração Institucional do SUS*, devido à sua incapacidade em responder às necessidades de saúde, ao mesmo tempo transmitindo desconfiança ao Poder Judiciário no que concerne à equidade na constituição dos sistemas locais de saúde. Por outro lado, demonstra a *Fragmentação do Acesso à Saúde* no momento em que todos os mecanismos de organização, tanto da demanda quanto da oferta, passam ao descrédito por sua falência ao não responder com dignidade às demandas da população por saúde. Como resultado, a *Judicialização da Saúde* passa a retroalimentar as iniquidades de acesso ao intervir individualmente, colocando as necessidades coletivas de lado, ao mesmo tempo aumentando a dependência com o setor privado, que na maioria das vezes é acionado para atender às demandas judiciais com pagamentos muito acima do convencional, desestruturando o planejamento e, conseqüentemente, o orçamento do SUS.

A partir desse emaranhado de eventos, toma corpo a privatização do SUS em nível regional após um ciclo desestruturante prévio de

subfinanciamento, deterioração da estrutura pública, deslocamento da força de trabalho do sistema e a conseqüente desorganização da oferta de serviços. Um segundo ciclo inicia-se então, provavelmente a partir de uma crise midiática, com a privatização dos sistemas locais de saúde do SUS, acompanhado do aumento do financiamento, porque sem recursos não há privatização; crescimento do escopo de prestadores privados com fins lucrativos; fragmentação da rede de serviços e desmantelamento das Centrais de Regulação de Vagas. Como resultado há o aumento dos custos do sistema e a geração de déficit orçamentário, corroendo as ações básicas e coletivas de saúde pelo “empoçamento” de recursos na atenção terciária.

As projeções escritas nesse capítulo vieram a partir da associação de fatos que vêm ocorrendo à luz do dia no âmbito regional do SUS, associados às mesmas experiências verificadas em outras nações que viveram períodos semelhantes ao atual do SUS, acabando por aceitar as imposições neoliberalistas do mercado financeiro.

6.4.5 Considerações finais

Uma série de eventos, que metaforicamente formam peças de um corpo anatômico, leva à conclusão de que há em curso no SUS um processo constante e linear em direção a sua privatização, patrocinado pelo subsistema privado, com o objetivo de usar as estruturas do SUS em benefício dos seus assegurados, como também para ampliar nichos de mercado para as seguradoras privadas de saúde. Previamente à privatização dos serviços e sistemas locais de saúde do SUS, ocorre um período gestacional em que se cria a insustentabilidade do SUS no nível regional, nas dimensões política, econômica e ideológica, que associadas às condições macroestruturais do setor saúde, proporcionam um círculo vicioso da mercantilização da saúde.

A desvinculação da força de trabalho do sistema juntamente com o sucateamento das unidades públicas de saúde formam o dismantelamento institucional do SUS, acompanhado da hipervalorização da eficiência da iniciativa privada, estabelecendo o processo privatizante. A partir de então, uma série de sinais passam a ser emitidos, resumidos em duas categorias: *Desconfiguração Institucional do SUS* e a *Fragmentação do Acesso à Saúde*. A desestruturação do SUS leva não só a sua privatização, mas torna a saúde dos brasileiros um bem de mercado. Logo, evidenciaram-se nesse capítulo os movimentos privatizantes dentro do SUS. Aqueles que acreditam na proposta da RSB devem avaliar e discutir, juntamente com os militantes pelo direito à saúde universal e integral no Brasil, o movimento dos neoliberais dentro e fora do SUS que tentam subverter o projeto social para a saúde do povo brasileiro.

6.5 O caminho privatizante: as Organizações Sociais de Saúde (OSS)

6.5.1 A reforma neoliberal do Estado brasileiro

Como discutido anteriormente, o Brasil foi submetido, ao longo da década de 90, a profundas reformas neoliberais, no aparelho do Estado, guiadas por instruções do FMI e da Casa Branca; patrocinadores da renegociação da dívida pública brasileira. A partir das constatações neoliberais da crise dos Estados nos anos 80, caracterizada por sua incapacidade de intervenção social nas garantias fundamentais das pessoas, com crescente déficit público e perda do potencial de geração de poupança interna, sustentaram-se reformas que diminuíram o papel estatal na sociedade (COSTA, 2006; SOUZA, 2008). Procurou-se associar ao Estado a culpa pela crise do capitalismo dos anos 70, a qual gerou perdas consistentes de emprego e diminuição do crescimento. Parece que o ciclo pós-crise do capital sempre está associado à negação do princípio *Keynesiano*, que associa a crise sistêmica de demanda como mola propulsora da crise do mercado. Justifica-se, dessa forma, a necessidade da solvência dos títulos públicos que sustentam o sistema financeiro, verdadeiros algozes das crises de solvência dos títulos da dívida mobiliária.

As medidas de austeridade visam redução dos gastos públicos para garantir a liquidez dos títulos da dívida pública das nações. Em outras palavras, o neoliberalismo só se viabiliza com um Estado forte e viável do ponto de vista econômico. As crises do capital são sempre socorridas pelos governos, sendo que os mesmos passam a entrar na mira dos investidores após a transferência dos riscos e perdas dos mercados para as contas públicas. É sempre um jogo entre desregulamentação e austeridade fiscal limitada à seguridade social (SOUZA, 2004; SOUZA, 2008).

Deste feito, o Brasil passou por um recrudescimento das instruções neoliberais a partir do governo do presidente Fernando Collor de Mello

(1990-1992), com o “enxugamento” das estruturas públicas na provisão de serviços à sociedade. No ápice desse processo, a reforma do Estado implantada pelo ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) seguiu à risca as diretrizes do Consenso de Washington, em que se buscou redefinir a participação do Estado nas atividades essenciais, ampliando a participação da sociedade civil de direito privado no sistema de proteção social. O papel do Estado na provisão de serviços essenciais, como saúde e educação, já não é mais reconhecido como eficiente, nem como de qualidade. A desregulamentação das regras do aparelho estatal foi o grande mote dos tecnocratas neoliberais dos anos 90, concernente à ampliação do mercado, à flexibilização das relações de trabalho e à transferência de responsabilidades estatais para organizações de direito privado (SOUZA, 2004; SOUZA, 2008).

A versão social do neoliberalismo se estabelece no governo brasileiro com o nome de Estado Social Liberal. Social porque continuaria a proteger os direitos sociais e a promover o desenvolvimento econômico. Liberal porque o faria usando mais os controles de mercado e menos os controles administrativos, ou seja, realizaria os seus serviços sociais e científicos, principalmente, por meio de organizações públicas não estatais competitivas. Isso tornaria os mercados de trabalhos mais flexíveis e promoveria a capacitação dos seus recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição internacional (PEREIRA, 1997). Essa visão eufemística do Estado neoliberal do governo Fernando Henrique não fugiu, em momento algum, do tripé liberalização do mercado, privatização e desregulamentação; sendo na essência o que os neoliberais da extrema direita pensavam sobre o papel estatal no Brasil, ou seja, o Estado Mínimo. Nesse contexto, surgiram três diretrizes para a reforma do Estado no governo Fernando Henrique Cardoso (PEREIRA, 1997):

- Privatização: processo de transformar uma empresa estatal em privada;
- Publicização: transformação de uma organização estatal em uma organização de direito privado, mas pública não estatal;
- Terceirização: processo de transferir ao setor privado serviços auxiliares ou de apoio.

A administração gerencial veio como instrumento de combate às estruturas clientelistas e patrimonialistas do Estado brasileiro com a inserção de palavras-chave, como eficiência e eficácia, importadas dos modismos do *management*. Contraditoriamente, a implementação do modelo gerencialista de gestão pública não resultou em uma ruptura com a linha tecnocrática, além de continuar reproduzindo o autoritarismo e o patrimonialismo, pois o processo decisório continuou com o monopólio do núcleo estratégico do Estado e das instâncias executivas e o ideal tecnocrático foi reconstituído pela nova política de recursos humanos (De Paula, 2005).

Dentro da coalisão entre o governo Fernando Henrique Cardoso e o sistema financeiro internacional, as políticas econômicas privilegiaram o capital especulativo de curto prazo para financiar o Real, por meio do pagamento de grandes somas de recursos pelas altas taxas de juros pagas pelo Brasil, que tinham como objetivo trazer dólares para sustentar a alavanca cambial. Em suma, para financiar a “maquiagem” do câmbio que sustentava o Real “forte”, com a justificativa de combater a inflação pela entrada dos importados, facilitada pela moeda supervalorizada, havia a necessidade de uma administração pública eficiente no corte de gastos, não para fazer poupança a fim de financiar o bem-estar da população brasileira; mas sim para sustentar um equilíbrio econômico irreal com a transferência das riquezas nacionais para os países centrais por meio das altas taxas de juros (SOUZA, 2004; SOUZA, 2008). Esses foram os verdadeiros

pressupostos da administração gerencial propagada pelos tecnocratas neoliberais dos anos 90 para fazer frente à burocracia weberiana.

Com o mesmo fundo neoliberal, desde a década de 70, vem ocorrendo no Brasil uma longa discussão sobre a capacidade gerencial da Administração Direta nos hospitais públicos. Um dos principais argumentos postulados nos debates relaciona-se à concessão de autonomia de gestão às unidades públicas para o exercício das suas funções finalísticas com mais eficiência e qualidade. Como remédio neoliberal para combater a ineficiência dos hospitais públicos, instituiu-se um constante movimento de terceirização das atividades de apoio dos hospitais (serviço de limpeza, informática, cozinha), das atividades médicas como anestesiologia e também a transferência da gestão dos hospitais públicos para as organizações da sociedade civil de direito privado sem fins lucrativos (CONSELHO DOS SECRETÁRIOS DE ESTADO DE SAÚDE, 2006). Nesse panorama, surgiram, na reforma do Estado de 1990, as figuras jurídicas das Organizações Sociais (OS) (BRASIL, 1998) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (BRASIL, 1999) no mesmo contexto histórico, político e econômico neoliberal que tomou conta do governo federal na década de 1990. Essas entidades representaram novas formas neoliberais do aparelhamento do Estado.

6.5.2 As Organizações Sociais da Saúde (OSS): o caminho para a privatização do SUS

As Organizações Sociais (OS) caracterizam-se como entidades de interesse social e utilidade pública, sem fins lucrativos, com atividades nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde (CONSELHO DOS SECRETÁRIOS DE ESTADO DE SAÚDE, 2006). Nesse modelo, o Estado outorga um determinado serviço de relevância pública para que uma

organização de direito privado sem fins lucrativos, reconhecida pelo poder público como uma OS, exerça certas funções do Estado. Mesmo ocorrendo a delegação da atividade pelo Estado, o patrimônio adquirido para determinado fim continua em sua propriedade, sendo a OS a fiel depositária desses bens. Por outro lado, as OSCIPS são ONGs com reconhecimento do Ministério da Justiça para o estabelecimento de parcerias com o poder público na realização de certas atividades estatais, como a gestão de recursos humanos e desenvolvimento de projetos. Diferentemente das OS, nas OSCIPS não há a outorga de uma unidade pública (um hospital, por exemplo), mas podem ser celebrados termos de parceria para o desempenho de determinada atividade hospitalar, como a contratação de médicos ou mesmo a terceirização de serviços de apoio administrativo. Em ambos os casos são realizados termos de parceria em que há um regime de metas (atendimentos, procedimentos e/ou outros indicadores) celebrado entre o poder público e a entidade de direito privado sem fins lucrativos, no qual são estabelecidos percentuais de taxa de administração (BRASIL, 1998).

Abordou-se somente a modalidade para a saúde das OS, com pequeno acréscimo da palavra saúde, as chamadas Organizações Sociais de Saúde (OSS), porque essas entidades representam o mecanismo jurídico mais perfeito para a privatização do SUS, pela transferência completa da gestão dos serviços de saúde à iniciativa privada. Essa escolha não isenta os outros mecanismos de privatização, como as OSCIPS, mas por questões de relevância para o SUS, preferiu-se discorrer somente sobre as OSS.

As OSS atuam por meio de um contrato entre a gestão do SUS (nas esferas municipal, estadual ou federal) e a associação civil privada, reconhecida como OSS, de acordo com a Lei Federal n° 9.637, de 1998 (BRASIL, 1998; CONSELHO DOS SECRETÁRIOS DE ESTADO DE SAÚDE, 2006). O domínio do hospital continua público, porém a gestão

passa a ser privada, ou seja, há o chamado processo de publicização ou a delegação da administração de uma unidade pública para a iniciativa privada. Desde que reconhecida uma associação civil de direito privado como uma OSS, ela passa a receber financiamento público, gerir os bens estatais e o quadro de pessoal. No que concerne aos trabalhadores, esses passam ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em que não há as garantias constitucionais da estabilidade do emprego, nem o regime de aposentadoria do serviço público.

O ponto de partida para a implementação das OSS é a falta de autonomia administrativa e financeira dos hospitais gerenciados pelo regime da Administração Direta, principalmente frente à aquisição de bens e serviços, como também na contratação dos profissionais da saúde (BARBOSA; ELIAS, 2011). A capacidade das OSS em fazer frente ao modelo tido como inviável de gestão pelo próprio Estado estaria no escopo da agenda dos defensores da “inovação” gerencial para os hospitais públicos, que ao mesmo tempo faria contraposição ao patrimonialismo. Interessante notar que essas respostas às ditas “incapacidades” gerenciais do Estado não resultaram numa nova institucionalidade para áreas sensíveis, como a saúde, dentro do próprio Estado, mas sim numa saída que envolvesse a iniciativa privada.

De acordo com Barbosa e Elias (2011), algumas questões concederiam maior eficiência às OSS frente à Administração Direta no SUS, como:

- Agilidade na compra de bens médico-hospitalares duráveis e não duráveis por não enfrentarem o regime de compras estipulado pela Lei de Licitações 8.666/93 (BRASIL, 1993);
- Maior autonomia na gestão do trabalho em saúde, principalmente pela não observância dos princípios constitucionais para a

contratação de pessoal para o serviço público, com flexibilidade na seleção, demissão e na negociação dos salários e benefícios;

- As OSS não seriam submetidas às regras estabelecidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000), concedendo maior liberdade ao estabelecimento de teto para o gasto com recursos humanos (lembrando que essa é a área mais crítica da gestão de unidades de saúde);
- Nas OSS, a contratação se daria segundo a CLT, não havendo o estabelecimento do regime estatutário, que estabelece a necessidade de planos de carreira, cargos e salários para o serviço público, onde o trabalhador de uma OSS passa a galgar espaço pelo desempenho e não por garantias legais;
- Haveria uma “melhor” (que se traduz na realidade como menor) relação funcionário-leito pela incorporação de tecnologia pelas OSS, de tal forma que permitisse o estabelecimento de quase metade do quantitativo de profissionais por leito hospitalar;
- O estabelecimento de contrato de gestão entre as OSS e o poder público garantiria uma relação mais eficiente na prestação de serviços por recurso empregado com metas de produção, que indicariam uma melhor direcionalidade do processo de trabalho;
- A existência de um sistema de metas permitiria uma melhor avaliação do desempenho setorial e pessoal de recursos humanos da unidade hospitalar, além de indicar os critérios de eficiência com a qual essa opera.

Os movimentos para disseminar esse modelo vêm do estado mais rico do Brasil, São Paulo, que exerce uma forte influência nos demais pelo seu poder econômico. Nesse estado, as OSS são o modelo mais difundido de gestão hospitalar, principalmente das unidades gerenciadas pela Secretaria de Estado de Saúde, contando com grande ressonância nos

municípios. O modelo foi instituído em 1998 pela Lei Complementar nº 846 (SÃO PAULO, 1998), que segundo Barata e Mendes (2006) criou um novo paradigma na gestão hospitalar ao conceder autonomia e agilidade gerencial na implantação dos serviços e dos processos de trabalho em saúde, contornando inclusive os impedimentos postos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000). A qualificação como OSS deveria ser feita pelo governo, que avaliaria a associação civil de direito privado pela sua comprovada capacidade gerencial. Essa, determinada em lei, dar-se-ia pela comprovação de capacidade de administração hospitalar por mais de cinco anos, ou seja, claramente concedendo aos já prestadores privados o direito sobre os bens do SUS, no instante que comprovarem experiência na administração hospitalar significa possuir um hospital, com ou sem fins lucrativos. O financiamento passou a não ter como referência a tabela SUS, mas continuou a ser estabelecido como base por procedimento numa composição de custeio pré-fixado, uma parte fixa e outra variável (BARATA; MENDES, 2006).

Num primeiro instante, as OSS, em São Paulo, só poderiam atender pacientes do SUS. Seguindo as tendências das reformas neoliberais no setor saúde na América Latina, como também a pressão das seguradoras privadas de saúde para “contratar” o SUS na sua rede de prestação de serviços, o governo de São Paulo aprovou na Assembleia Legislativa a Lei Complementar nº 1.131/10 (SÃO PAULO, 2010), no dia 27 de dezembro de 2010, autorizando a destinação de 25% das vagas dos hospitais administrados pelas OSS, financiados com recursos públicos e de propriedade estatal, aos planos de saúde e atendimentos privados pelo desembolso direto. Tem-se, nesse fato, a constatação do movimento do subsistema privado em colonizar o subsistema público de saúde, por meio de sua privatização. O Ministério Público de São Paulo reagiu e a Justiça

suspendeu os efeitos da Lei Complementar n° 1.131/10 (SÃO PAULO, 2010) que completava o processo de privatização do SUS em São Paulo.

Vários estados vêm adotando as OSS como modelo de gestão dos hospitais públicos, como em Goiás, Bahia, Espírito Santo, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Mato Grosso e Rio de Janeiro. Isso ocorre com grande resistência dos profissionais da saúde e dos movimentos sociais. Aqueles que defendem o projeto da RSB entenderam que se trata não somente da publicização da gestão ou da semiprivatização, adotando-se a definição de Oh et al. (2011), mas, claramente, da alienação do direito fundamental da saúde ao setor financeiro, patrocinador desse movimento. Além de terceirizar a gestão, as OSS viabilizam a mercantilização da saúde porque:

1. Não são submetidas a todos os procedimentos estabelecidos pela Lei de Licitações, sendo selecionadas por processos simplificados, restringindo a ampla participação nos certames licitatórios, abrindo caminho para o aparelhamento do setor privado nas unidades públicas;
2. Estão associadas à fragmentação do sistema no momento em que fica estabelecido o duplo comando (pela organização qualificada e pela rede pública regionalizada, que deveriam, teoricamente, sobreporem-se às OSS, mas não conseguem pelo *lobby* dos dirigentes das OSS junto à alta gestão pública);
3. São reguladas por mecanismos alheios ao SUS (entende-se aqui a rede SUS nas três esferas de governo), em referência aos contratos de metas, que acabam por gerar a seleção de riscos (em que se evitam casos complexos, crônicos e de alto custo), mecanismo idêntico ao dos seguros privados de saúde;
4. Instituíram a ocupação das estruturas estatais pelos prestadores de serviço privado, os únicos capazes de demonstrar capacidade gerencial por fazerem parte do subsistema privado;

5. Indiretamente transferem recursos públicos (via financiamento direto e incentivos fiscais) para o setor privado de saúde ao financiarem as OSS vinculadas a grandes grupos hospitalares da iniciativa privada;
6. Desvinculam a gestão do trabalho em saúde do SUS, considerando a alta rotatividade de trabalhadores nas OSS pela flexibilização das relações de trabalho;
7. Movimentam-se para institucionalizar a abertura para o atendimento por seguros privados de saúde com o custeio do Estado, fato verificado em outros países submetidos a reformas neoliberais no setor saúde.

Os defensores do modelo das OSS rebatem as críticas de que o modelo privatizaria o SUS argumentando que o domínio do serviço é de caráter público, não tendo esse que ser necessariamente estatal (numa alusão à falácia criada pelos neoliberais de que o que é público não precisa ser estatal; constitui esse argumento num sofisma, pois ou o bem é do povo ou ele não é). Isso seria verdade se a privatização da saúde estivesse relacionada somente à transferência de propriedade. Mais além, a privatização está primeiramente caracterizada pela submissão do setor público ao privado pela orientação política dada à estrutura estatal. O que caracteriza essas entidades como instrumento privatizante do SUS seria a sua vinculação com a indústria da saúde (mais precisamente à produtora de insumos e produtos hospitalares), que encontrou um caminho jurídico das OSS para dominar as estruturas públicas, de forma a garantir a sustentabilidade do subsetor privado. Se esse complexo médico-industrial trata a saúde como um bem de consumo e as OSS são representantes dele (por precisarem demonstrar lastro para serem qualificadas como tal), conclui-se que os opositoristas desse modelo estão certos ao crer que as OSS formam o arcabouço institucional para a privatização do SUS

atendendo aos interesses corporativos. Certamente, representantes da saúde coletiva as OSS não são.

6.5.3 Não passa de um mito a eficiência das OSS

Os estudos que indicam as OSS como mecanismos mais eficientes que a Administração Pública na gestão hospitalar partem de análises dos instrumentos de gestão pela facilidade dos mesmos na compra de serviços e na flexibilização das relações de trabalho quando comparadas à administração pública direta (BARATA; MENDES, 2006; BARBOSA; ELIAS, 2011). A autonomia administrativa, financeira e de recursos humanos interfere positivamente a favor das OSS (BARBOSA; ELIAS, 2011). Os hospitais públicos, além de subfinanciados, são submetidos a limitações na autonomia administrativa, muitas vezes subordinada a áreas instrumentais dos governos (fazenda, planejamento e administração), prejudicando a gestão nessas unidades, mas favorecendo o seu desmonte para a conseqüente privatização.

Avaliando unicamente parâmetros administrativos, as OSS apresentam taxas de rotatividade de sua força de trabalho muito superiores às da Administração Direta nos hospitais públicos (BARBOSA, 2010; BARBOSA; ELIAS, 2011). A convergência entre diminuição dos custos com recursos humanos, incorporação de tecnologia e alta rotatividade do serviço levaram alguns autores a propagar o melhor custo benefício pelas OSS na gestão hospitalar com a certificação do Banco Mundial (BARATA; MENDES, 2006; BARBOSA; ELIAS, 2010; CONSELHO DOS SECRETÁRIOS DE ESTADO DE SAÚDE, 2006). Entretanto, ao analisar os indicadores de eficácia e eficiência, constatou-se a inferioridade nos números das OSS. Quando analisadas as taxas de mortalidade geral, os indicadores dos hospitais da Administração Direta demonstraram superioridade qualitativa aos das OSS (BARBOSA; ELIAS, 2010; SÃO

PAULO, 2011). O Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCESP) comparou três hospitais administrados por OSS e três hospitais gerenciados pela Administração Direta, concluindo que as unidades estatais foram comparativamente mais baratas, com uma maior relação profissional/paciente e com menor taxa geral de mortalidade (SÃO PAULO, 2011). As conclusões do relatório estão sintetizadas no Quadro 7.

Quadro 7. Conclusões da comparação do desempenho dos hospitais administrados por OSS e pela Administração Direta (AD).

- Tanto os hospitais da AD como os das OSS apresentam prejuízo econômico, contudo quando computados os gastos tributários, esses são menores para os da AD;
- Indicador de Qualidade: a taxa de mortalidade geral é menor nos hospitais da AD;
- Indicador de Eficiência Técnica: a relação altas/leitos de clínica médica é maior para os hospitais da AD;
- Indicador de Desempenho: as taxas de ocupação geral dos hospitais das OSS são maiores, em alguns exercícios superiores a 85%;
- Indicador de Produtividade: os números de pacientes/dia e taxa de cirurgia/saída são maiores nos hospitais das OSS, enquanto o total parto/sala é maior nos hospitais da AD;
- Indicador de Recursos Humanos: as relações enfermeiro/leito e médico/leito são maiores nos hospitais da AD;
- A capacidade hospitalar instalada (leitos existentes) dos hospitais das OSS é maior;
- Os hospitais da AD possuem quantidade maior de equipamentos de diagnóstico por imagem, cuja composição apresenta maior quantidade de raios X e ultrassom, mas, apesar de não consistir em

- padrão, nenhum dispõe de equipamento de ressonância magnética;
- O quadro da categoria “assistência social” é maior nos hospitais da AD;
 - Os hospitais das OSS possuem quantidade maior de equipamentos por métodos ópticos;
 - Tanto os hospitais da AD como os das OSS possuem a mesma quantidade de tomógrafos computadorizados;
 - O valor/hora proveniente das medianas de salários das categorias “nutricionista”, “auxiliar de enfermagem” e “coordenador médico” é maior para os hospitais da AD;
 - O valor/hora proveniente das medianas de salários da categoria de “Diretor Técnico/Médico” é maior para os hospitais das OSS;
 - A taxa de rotatividade das categorias “enfermeiro”, “médico cirurgião geral” e “médico pediatra” é maior nos hospitais da AD;
 - A maioria dos serviços especializados dos hospitais das OSS é terceirizada;
 - Tanto os hospitais da AD como das OSS não possuem produção ambulatorial bloqueada (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade- APAC- e/ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado- BPAI); contudo possuem produção hospitalar pendente de análise pelo componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (SNA) e pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
 - Tanto para os hospitais da AD como para os das OSS, o número de AIHS auditadas *in loco* (por prontuários) está aquém do necessário (bloqueado);
 - Nos contratos de gestão das OSS, as metas de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) externos são maiores;

- Tanto os hospitais da AD como os das OSS apresentam maior receita econômica advinda da realização de procedimentos de média complexidade;
- A receita econômica em procedimentos de média complexidade é maior nos hospitais das OSS.

Fonte: Relatório do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Disponível em: <<http://www.tce.sp.gov.br/arquivos/contas-governo/2010-rmc/resultado/rel-voto10.pdf>> Acesso em: 30/09/2011).

A Lei Federal nº 9.637/98 (BRASIL, 1998), que criou a figura das OSS, passa por questionamento no Supremo Tribunal Federal (STF) no que concerne à sua constitucionalidade. A delegação do Estado da garantia dos serviços de saúde à iniciativa privada, mesmo sem fins lucrativos, não estaria citada na Constituição de 1988. Além disso, as OSS contrariariam o princípio da legalidade por desacordo com a Lei de Licitações (Lei nº 8.666/93), quando são dispensados do processo licitatório para a celebração de contratos de gestão entre o Estado e a associação privada qualificada, no caso as OSS. Outra contradição das OSS está na contratação dos trabalhadores para a atividade pública, que deve ser feita por concurso público, de acordo com a determinação constitucional. Como as OSS são entidades de direito privado, mesmo sendo de prestação de serviços públicos, necessariamente elas precisariam ser enquadradas no arcabouço legal brasileiro. Ironicamente, o modelo das OSS surgiu na reforma neoliberal da década de 90 com a justificativa da inabilidade do Estado em prover serviço de relevância social, como a saúde, fazendo contornos na legislação que o próprio governo neoliberal criou para o Estado (i.e. Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei de Licitações).

O modelo das OSS carrega em si o germe de sua dissolução devido à sua direcionalidade, consubstanciada em produzir procedimentos que

atendam às demandas do complexo médico-industrial. A síndrome do custo crescente torna essa figura jurídica insolvente, facilmente constatável ao se verificar no estado de São Paulo o aumento de mais de 114% nos custos das unidades gerenciadas pelas OSS, entre 2006 e 2009, as quais custam cerca de 50% a mais que as unidades gerenciadas pela AD, gerando um déficit financeiro de 147,18 milhões aos cofres públicos, somente em 2010 (LEMES, 2011).

6.5.4 Considerações finais

A agenda do subsistema privado para a privatização do SUS tem nas OSS o arcabouço jurídico para tornar a saúde um bem de mercado no Brasil, seguindo as diretrizes do Banco Mundial. As OSS privatizam o SUS ao fragmentá-lo, ao dismantelar sua força de trabalho e ao atender os objetivos do setor privado fabricando procedimentos, ou seja, mercantilizando a saúde. A conclamação da eficiência administrativa das OSS, por atuarem com instrumentos do direito privado, não condiz com a realidade, precisando ser racionalizada pelos resultados e custos despendidos. Ademais, o movimento sanitário deve analisar a missão dessas instituições com o SUS, verificando a quem interessa disseminar esse modelo Brasil afora, contrapondo os interesses de toda a sociedade brasileira às origens, objetivos e arcabouço ideológico das OSS.

7 TERCEIRA PARTE: OPÇÃO PÚBLICA PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE

7.1 Sistema público de saúde: opção econômica e moral

7.1.1 Sistemas de saúde: público ou privado?

A resposta para essa pergunta depende do conjunto de valores de uma determinada sociedade. Dessa maneira, a decisão passa a ser de caráter moral. A constatação de que a saúde não deve ser comercializada deve partir do conjunto de sentimentos que ao longo do tempo formam uma teia de princípios, levando à constituição de sistemas de proteção social.

Os sistemas públicos de saúde partem do princípio da divisão igualitária dos custos e benefícios por toda a sociedade, em que o valor social determinante é a solidariedade. Um nível de saúde mínimo é necessário para se fazer escolhas de vida razoáveis, inclusive para a obtenção de outros bens importantes. Assim, a saúde faria parte das oportunidades devidas a cada cidadão, da mesma forma que as liberdades fundamentais. Logo, os governos seriam responsáveis legítimos pela garantia de uma quantidade mínima de qualidade de vida para todos (SCHRAMM, 2003). Essa proposta está baseada na concepção de John Rawls da “Justiça como Equidade”, segundo a qual, respeitados os direitos fundamentais de cada pessoa, um sistema sanitário justo é aquele que privilegia, quando necessário, os menos favorecidos, como maneira de reequilibrar as injustiças existentes (RAWLS, 1997).

A questão da saúde no Brasil perpassa o campo de discussão da dicotomia neoliberal/social, assumindo uma dimensão moral: o Brasil entende a saúde como um direito fundamental de todo ser humano? Sendo a saúde um direito fundamental, é correto permitir iniquidades de acesso? É justo oferecer sistemas residuais à população de mais baixa renda, quando

esses são os responsáveis diretos pelo aumento do mercado interno e, conseqüentemente, do crescimento econômico brasileiro? É possível associar a universalização de direitos fundamentais básicos (saúde) à sustentabilidade financeira?

O SUS oferece à nação os melhores conceitos de um sistema nacional de saúde, englobando os sentidos de proteção, justiça como equidade com a garantia de cidadania.

7.1.2 Sistema público de saúde: uma questão moral

A saúde pública, do ponto de vista bioético, pode ser entendida como um conjunto de disciplinas e práticas que tem por objetivo a proteção da saúde das populações humanas em seus contextos natural, social e cultural (SCHRAMM, 2003). Essa disciplina liga-se, estruturalmente, ao conceito de proteção, na dimensão do cuidado do mais fraco.

A proteção pode ser vista como o resgate do sentido da oferta voluntária de cuidados aos outros, no intuito de prevenir o adoecimento e de promover o seu bem-estar. A proteção na saúde pública se divide em dois campos de abrangência: (1) na proteção contra o adoecimento e gestão dos riscos à saúde e (2) na promoção de estilos de vida considerados saudáveis. A saúde pública enxerga a saúde como um bem bastante diferente das mercadorias produzidas, razão pela qual se deveria reservar a mesma um tratamento específico, inclusive em termos de proteção, encarada como um bem comum. A partir de então, integra-se a responsabilidade e a eficácia programática à saúde pública, podendo ser considerada uma genuína ferramenta de ética aplicada (SCHRAMM, 2003).

Benatar et al. (2011) ao analisarem a crise econômica de 2008 e as suas conseqüências à saúde global, fazem uma chamada para a mudança do paradigma neoliberal no enfrentamento das injustiças sociais. A disposição

do mercado financeiro em proteger seus ativos e socializar perdas com o Estado, agindo com estrito rigor com os mais fracos, fundamenta a falência neoliberal no desenvolvimento humano e na garantia dos direitos fundamentais. Nessa agenda ficou evidente o empobrecimento dos sistemas de proteção social, contribuindo para a ampliação de iniquidades socioeconômicas nos países em desenvolvimento, em especial os mais pobres (BENATAR et al., 2011). As políticas públicas conduzidas pelo mercado financeiro, por meio das agências financeiras internacionais, levaram a profundas injustiças, como no acesso à comida e no aumento dos preços dos alimentos nas últimas décadas, que associados ao desemprego e crescimento desacelerado levaram à fome mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo.

Partindo da constatação da falência do neoliberalismo na promoção de justiça social, a saúde deveria ter uma aproximação ética, entendida aqui na dimensão das relações entre as pessoas a partir dos códigos de conduta que a sociedade estabelece. O discurso ético deveria ser estendido das relações individuais para as instituições (no caso os Estados) na forma de enfrentar os problemas sociais. Um novo paradigma tendo o direito fundamental à vida como valor moral, e os Estados adotando estes valores como princípio ético nas suas relações dentro da sociedade e com as outras nações, passaria a fundamentar as políticas para a saúde das pessoas em escala global (BENATAR et al., 2011). Basta olhar o oposto para se constatar o caráter corrosivo do neoliberalismo, principalmente na saúde, ao se verificar os resultados na geração de iniquidades pelo sistema dos Estados Unidos. Aproximadamente 49,1 milhões de estadunidenses não possuem nenhuma cobertura de saúde, os chamados *The Uninsured* (os sem seguro), sendo que a maioria são trabalhadores de classe média baixa (3/4 dos não assegurados) afetados pelo aumento do desemprego desde a crise financeira mundial que começou em 2008 (THE HENRY J. KAISER

FAMILY FOUNDATION, 2011). Uma recente avaliação do sistema privado de saúde estadunidense constatou que houve a deterioração, de 2006 a 2011, dos indicadores de acessibilidade aos seguros privados de saúde, como também da cobertura dos serviços de saúde entre adultos (THE COMMONWEALTH FUND, 2011).

Fleury (2011a) afirmou que a associação entre o crescimento econômico e a inclusão social em uma sociedade solidária e coesa, na qual os indivíduos se vinculam por meio de uma teia de direitos cidadãos, é um ideal a ser perseguido pelas democracias na América Latina. A tônica dessa associação estaria no pacto fiscal que viabilizasse a inclusão por meio de uma ampliação progressiva de benefícios sustentáveis pelos recursos disponíveis. A subordinação da universalização a esquemas de garantias mínimas em modelos de proteção, que se referem a seguros individuais, permite a compatibilização do financiamento público com o assecuramento e provisão privados, mas não asseguraria a igualdade e a integralidade pressupostas na garantia estatal do direito universal à saúde (FLEURY, 2011b).

7.1.3 Sistema público de saúde: uma questão econômica

A quebra do paradigma neoliberal que os serviços privados são mais eficientes que os públicos vem dos Estados Unidos. A organização *The Commonwealth Fund* (Fundo Comum de Riqueza) estimou que o sistema de saúde estadunidense poderia economizar até US\$114 bilhões anuais reduzindo custos administrativos se seguisse o exemplo de países que adotam sistemas nacionais de saúde, como a Grã-Bretanha (THE COMMONWEALTH FUND, 2011). Já a organização não governamental *Project on Government Oversight* (Projeto Observatório de Governo) divulgou o resultado de uma pesquisa constatando que em 33 de 35 ocupações terceirizadas pelo governo federal estadunidense, na realização

das atividades estatais, foram até duas vezes mais baratas quando realizadas por servidores públicos ao invés dos contratos de terceirização (PROJECT ON GOVERNMENT OVERSIGHT, 2011). Como exemplo, os serviços terceirizados de engenharia de informática custaram para esse governo cerca de US\$268 milhões ao ano, enquanto que se a mesma atividade tivesse sido feita diretamente pela administração pública teria custado US\$136 milhões (PROJECT ON GOVERNMENT OVERSIGHT, 2011).

Ao mesmo tempo em que os Estados Unidos disseminam a saúde como um bem de consumo, eles dão exemplo de eficiência na gestão em saúde com um sistema muito parecido com o dos vizinhos cubanos: o *US Department of Veteran Affairs (VA)*. Trata-se do modelo destinado aos veteranos de guerra que é 100% público, agregando financiamento e prestação de serviços na mesma estrutura, diferenciando-se do *Medicare* (aos aposentados) e do *Medicaid* (destinados àqueles abaixo da linha de pobreza), que financiam procedimentos contratados na rede privada. O sistema destinado aos veteranos custa menos e tem melhor desempenho quando comparado aos outros modelos de saúde (seguros saúde, *Medicare* e *Medicaid*) (GREENWALD, 2010; REID, 2009). As análises sobre a presença de sistemas públicos, nos Estados Unidos, mostram que a escolha pela cobertura pública em detrimento a dos seguros privados é determinada pelo nível de renda dos indivíduos, pela possibilidade de não realizar copagamentos quando de sua utilização e, sobretudo, pela ampliação da cesta de serviços cobertos (SANTOS, 2011).

Numa outra vertente, a Coreia do Sul experenciou, após a crise financeira de 1997, um socorro econômico junto ao FMI, maximizando políticas neoliberais em toda a economia com cortes sensíveis nos gastos sociais (OH et al., 2011). Iniciou-se um ciclo de privatizações das estruturas públicas envolvendo, dentre outras instituições, os poucos hospitais públicos existentes no país asiático. Com argumentos de que tais

instituições eram mal administradas por funcionários públicos preguiçosos. Iniciou-se a privatização de 9 dos 34 hospitais públicos existentes até a crise de 1997. Contudo, o modelo de gestão hospitalar privatizado, na Coreia do Sul, piorou as condições de trabalho dos profissionais de saúde com imediato aumento de taxas de serviços junto à comunidade, ampliando a sobrecarga financeira para os mais pobres. A mudança do direcionamento para a realização de lucros pelos hospitais públicos de gestão privada somou consequências negativas, tanto para os trabalhadores quanto para os pacientes, que na visão dos profissionais da saúde passaram a receber uma assistência de alto custo e de pior qualidade (OH et al., 2011). Com o estudo de Oh et al. (2011) o governo sul-coreano desistiu de terceirizar outros hospitais públicos, que mantiveram seus custos e desempenho acima daqueles em que a administração foi terceirizada, ou melhor, onde houve a privatização.

Para Armstrong e Armstrong (2008) os sistemas públicos de saúde têm melhor desempenho porque não possuem compromisso com dividendos, estabelecem melhores condições de trabalho e salários aos profissionais de saúde, racionalizam melhor a demanda por assistência e são mais baratos por integrarem financiamento com a prestação de serviços. As evidências favoráveis aos sistemas públicos são claras: eles têm melhor desempenho em relação aos modelos privados quanto ao acesso, promoção da saúde, indicadores de morbidade e mortalidade, percepção pela população e menores custos (ARMSTRONG; ARMSTRONG, 2008; BENATAR et al., 2011; LEYS; PLAYER, 2011; SCHOEN et al., 2004). A verdade é que a coletivização dos custos da saúde por meio dos sistemas públicos os tornam mais eficientes do que os sistemas baseados no mercado. O princípio econômico *Keynesiano* da “socialização geral dos riscos” a partir da análise da grande depressão dos anos 30, fundamenta a afirmação da superioridade econômica dos sistemas

públicos. Esses só se inviabilizam economicamente quando passam a depender do sistema privado, e aí sim, tornam-se insolventes e não cumprem o compromisso com os cidadãos. Se os sistemas públicos fossem insolventes, por que os militares em vários países (i.e. Estados Unidos, Chile e Brasil) não permitiram a sua privatização? A classe de trabalhadores responsável pela segurança de uma nação precisa ter suas vidas protegidas da melhor e mais eficiente forma, ou seja, pelos sistemas públicos de saúde.

7.1.4 Considerações finais

A associação de parâmetros morais e econômicos evidencia que a aproximação pública no setor saúde é mais justa e eficiente. O condicionante moral determina as escolhas de certas sociedades em alocar recursos (físicos, humanos e financeiros) para a proteção de todos, equitativamente. Ao mesmo tempo, o princípio geral da socialização dos riscos sustenta a eficiência pública da gestão dos sistemas de saúde. A associação da variável moral e econômica coloca em insolvência os sistemas privados de saúde pela individualização do cuidado e do financiamento, com o peso de altas taxas administrativas para a geração de dividendos aos mercados, ao mesmo tempo gerando iniquidades de acesso à saúde.

7.2 A solvência do SUS

O objetivo deste capítulo foi discutir alguns caminhos para a solvência do SUS, entendida como a capacidade do sistema público de saúde do Brasil em cumprir os seus compromissos com o povo brasileiro de forma sustentável. Para tal intento, buscou-se em experiências internacionais e no movimento sanitário, inspiração para os ajustes estruturantes que consolidarão o SUS como um sistema nacional de saúde para todos os brasileiros.

No início de 2011, o movimento sanitário, por meio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), da Associação Brasileira Rede Unida e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), lançou a Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, num documento que sintetiza as melhores propostas para o SUS em cinco estratégias (texto completo disponível em: http://www.saudeigualparatodos.org.br/pdf/Agenda_Saude_para_Todos.pdf).

Os eixos são:

- Saúde, meio ambiente, crescimento econômico e desenvolvimento social;
- Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade;
- Investimentos: superar a insuficiência e a ineficiência;
- Institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde;
- Complexo econômico e industrial da saúde.

O movimento sanitário propõe, por meio da Agenda Estratégica para a Saúde, a superação da ordem neoliberal na organização do setor de saúde

brasileiro, trazendo um conjunto de medidas, que se adotadas, colocarão o SUS no mais alto grau de estima pelo povo brasileiro. Na mesma direção, a 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília no fim de 2011 deixou um recado muito claro aos privatistas neoliberais da saúde brasileira, rejeitando todo e qualquer tipo de privatização do SUS, pontuando a agenda pública para a saúde como o único mecanismo de contraposição ao projeto neoliberal para setor no Brasil. A partir desses referenciais, organizaram-se neste capítulo três ações estruturantes chamadas “Caminho para a solvência do SUS”, dimensionadas na gestão do sistema, como se segue.

7.2.1 Caminho para a solvência do SUS: superação da ordem neoliberal no financiamento da saúde

A predominância do neoliberalismo na economia tornou-se um macrodeterminante das condições de saúde do povo brasileiro. Ao limitar a capacidade de investimento no setor público, as políticas neoliberais contribuem para a manutenção de condições adversas no estabelecimento de um SUS que responda às necessidades de saúde dos brasileiros. Para que o SUS atinja seus objetivos constitucionais, faz-se imperioso aumentar a participação federal no escopo do financiamento do mesmo. O imposto sobre fortunas, grandes transações financeiras e a chamada compensação presumida junto aos seguros privados de saúde (em referência a todos os serviços que o SUS presta aos assegurados dos planos e não é reembolsado, conforme deveria ser) poderiam aumentar os recursos federais para a saúde, já que a Lei Complementar nº 141/12 (BRASIL, 2012) não o fez e a CSS foi rejeitada na Câmara Federal. Parafraseando a Presidenta Dilma Rousseff “... é inexorável maior aporte de recurso para a saúde pública brasileira”. Não menos importante é a não incidência da Desvinculação das Receitas da União (DRU) (que retira recursos do SUS dentro do orçamento da

seguridade social) sobre a saúde para fortalecer o orçamento do SUS no nível federal.

Dever-se-ia considerar no financiamento da saúde a estabilização do escopo de tributos e contribuições, nos três níveis de governo, que farão parte do financiamento do SUS, em ordem a conceder estabilidade de longo prazo, absolutamente necessária para se consolidar um sistema nacional de saúde. Dentro dessa composição, deveriam ser revistas as renúncias fiscais concedidas ao subsistema privado de saúde, que gradualmente passariam a ser suspensas e a partir de então destinadas ao SUS. Os 3,8% de gastos públicos na saúde, absolutamente insuficientes, deveriam, por estimativa de alguns militantes acadêmicos do SUS, subir para algo em torno de 7% a 8% do PIB.

Outra iniciativa importante poderia ser tomada no sentido da união de esforços da gestão do SUS pelos três entes federados na integração dos orçamentos entre as partes do sistema, numa unidade que evitaria a sobreposição de ações, combatendo a fragmentação do SUS, bem como as iniquidades na alocação de recursos entre municípios e estados das diferentes regiões do Brasil. Buscar-se-ia uma nova forma de distribuição de recursos que recorra à demanda e não à oferta de serviços. Para tal feito, deveria ser realizada uma revisão minuciosa do mecanismo existente de divisão dos recursos para a atenção secundária e terciária no SUS, que se concebe pela Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A partir dessas medidas estruturais que impeçam o gasto público com o setor privado, o SUS vislumbraria sua sustentabilidade econômica; conseqüentemente sua solvência, tanto financeira quanto com seus sócios-contribuintes e usuários (o povo brasileiro). Acredita-se que essas medidas tomadas em conjunto colocariam a saúde pública no Brasil em condições muito melhores para a superação da supremacia neoliberal no setor saúde brasileiro.

7.2.2 Caminho para a solvência do SUS: a superação da dicotomia público/privado

Muitos analistas avaliam a composição público/privado, nos sistemas de saúde, como um caminho para a acomodação de um importante setor da economia mundial: o complexo médico-industrial; mesmo com a predominância do público sobre o privado. Dessa forma, imagina-se que o sistema privado pudesse desonerar o sistema público por agregar parte da população que se viabilizasse economicamente e garantisse individualmente o seu seguro de saúde, deixando o sistema público cuidar dos menos afortunados ou que anexar o sistema privado na rede de serviços se traduziria numa melhora quantitativa e qualitativa na assistência, principalmente àquela ligada à alta tecnologia, mais facilmente incorporada pela iniciativa privada. Nesses cenários, o sistema público ganharia em desempenho e economicidade. Para tanto, Santos (2011) descreveu três possibilidades de organização público/privado nos sistemas de saúde, baseadas nos critérios da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE):

- Complementar: quando o sistema privado amplia o acesso de serviços não cobertos pelo sistema público ou que exijam copagamento (França, Dinamarca, Alemanha);
- Suplementar: quando os serviços de saúde são considerados sofisticados, não fazendo parte do escopo de serviços do subsistema público, ofertado então pela iniciativa privada (Brasil, Espanha, Itália, Portugal, Grã-Bretanha);
- Duplicado: acontece no momento em que ambos os sistemas oferecem serviços semelhantes (Brasil, Espanha, Itália, Portugal, Grã-Bretanha).

Após revisar estudos internacionais a respeito dos tipos duplicados na composição dos sistemas de saúde no mundo, Santos (2011) concluiu que a cobertura duplicada contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços. Incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso ao sistema público (geralmente consultas a especialistas, cirurgias eletivas, SADT e medicamentos), não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema e não contribui para a preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde (universalidade, integralidade e equidade), de colaboração positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema e aos objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população. Ao contrário, corrói esses objetivos (BENATAR et al., 2011).

A extensão da cobertura de um sistema público definirá a sua relação com o sistema privado. De fato, nenhum sistema consegue ser ao mesmo tempo universal e integral, momento em que as lacunas deixadas pelos sistemas públicos são preenchidas pela iniciativa privada (SANTOS, 2011). Como a cobertura de serviços dos sistemas públicos de saúde é ampla e, comumente, o seu gargalo está nas consultas a especialistas, internações eletivas e SADT, esses são os serviços que geralmente as seguradoras oferecem, tendo cobertura duplicada, como acontece no Brasil. Os sistemas públicos de saúde pressupõem a união das estruturas de assistência e gestão e a integração da rede assistencial com a diluição linear dos custos pelo sistema como um todo; contrapondo a individualização dos riscos em que cada um é responsável por seu próprio cuidado. Do lado oposto, os sistemas privados, ao se restringirem a certa parcela da população, passam a ser insustentáveis naturalmente, devido ao reduzido escopo de arrecadação; acarretando o aumento crescente dos custos, tendo simultaneamente que gerar dividendos, induzindo à produção de

procedimentos, o que leva a cair na situação da síndrome do custo crescente.

A relação com o setor privado existirá no SUS por muito tempo ainda, mas enquanto o mesmo for determinante na provisão de serviços especializados, o sistema público continuará sendo refém das grandes corporações transnacionais da saúde. Para tanto, uma saída com os prestadores filantrópicos, sinalizada pela Constituição de 1988 pode ser aprimorada. Um importante fator para o sucesso das parcerias com os serviços filantrópicos seria a globalização do contrato de serviço, em que o regime de metas fosse estabelecido por cobertura populacional, com indicador de resultados baseados em vidas salvas, doenças evitadas e doentes crônicos mantidos em bom estado. Em suma, adotar-se-ia o mesmo regime de gestão adotado na Atenção Primária com a Saúde da Família.

A partir de então, estabelecer-se-iam recursos para o custeio com margem para investimentos em toda unidade, com porta única de entrada, ou seja, somente atendimentos SUS, integrados na rede de serviços do sistema, convergindo a coordenação da rede de serviços na Atenção Primária. Tal modelo vem sendo discutido e virou proposta para a relação entre o sistema público de saúde no estado de Massachusetts, nos Estados Unidos, e os prestadores privados, com o objetivo de conter o fenômeno do custo crescente por meio do pagamento global (*Global Payment System*) (MASSACHUSETTS GOVERNOR DEVAL PATRICK, 2011). Basicamente, o governo de Massachusetts entendeu que não há como garantir a integralidade da assistência baseada no pagamento por serviço executado, que gera o sobreuso de procedimentos e, por consequência, sua inviabilidade econômica. Há uma grande discussão, nos Estados Unidos, sobre a elevação dos custos dos serviços de saúde baseados no modelo do mercado, aumentos muito acima do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), com grandes desigualdades nos valores pagos a um mesmo

procedimento, em que as condições sociais determinam o que é pago (REINHARDT, 2011). Para evitar essa situação no Brasil, o SUS precisa avançar na cobertura pública em saúde para que o subsistema privado se restrinja à cobertura suplementar.

7.2.3 Caminho para a solvência do SUS: uma nova institucionalidade

Privatizar os serviços de saúde, conforme demonstrado ao longo desse estudo, não resolverá os problemas do SUS, tampouco concederá sustentabilidade financeira ao setor público. A privatização do SUS o coloca numa situação de insolvência, em que a universalidade e a integralidade da assistência à saúde seriam promessas não cumpridas pela Constituição de 1998.

Uma nova institucionalidade para o SUS vem sendo discutida no âmago do movimento sanitário, endereçando ao plano político brasileiro a autonomia da gestão do SUS, principalmente no que tange à blindagem do clientelismo nas relações entre a política partidária e o SUS. A autonomia do mesmo tornou-se condição primária para a adoção de práticas equânimes na gestão do cuidado à saúde dos 145 milhões de brasileiros que dependem exclusivamente do sistema público e não podem ficar a mercê de interesses eleitorais. Fazendo frente ao processo de melhoria da qualidade da administração das unidades públicas, vêm do próprio SUS as experiências mais exitosas, do ponto de vista de quem mais interessa: o usuário do SUS.

A Saúde da Família tornou-se o programa mais bem avaliado pelos brasileiros (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011). Esse programa tem basicamente a estrutura dos sistemas nacionais de saúde, com o assalariamento da força de trabalho, cobertura com base territorial e financiamento global. Com autonomia administrativa, livre de influências clientelistas, o modelo pode ser adotado para a atenção

secundária e terciária. Para tanto, um novo regime administrativo para o SUS, que entenda a saúde pelo prisma de sua imprevisibilidade (tornando-a diferente das outras áreas do governo) solicita um sistema diferenciado de aquisições de bens e serviços, da mesma forma como se estabeleceu o regime diferenciado de aquisições para a Copa do Mundo de 2014, em que há maior agilidade nas compras públicas, mas sem perder a transparência e a economicidade.

Colaborando com essa nova institucionalidade, o plano de carreira nacional do SUS deveria tornar-se realidade, contrapondo a sua fragmentação, dando maior estabilidade ao trabalho em saúde, medida única para juntamente com melhores salários superar o caráter liberal das profissões em saúde. Uma carreira que desse identidade ao trabalhador do SUS, em todo o território nacional, facilitaria o trânsito de trabalhadores entre as esferas do SUS, sendo uma ferramenta adicional no combate à falta de profissionais em áreas remotas. Dentro desse plano nacional, as carreiras poderiam ser estabelecidas regionalmente, dificultando a competição entre municípios e estados vizinhos. Importante no processo de consolidação da gestão do trabalho no Brasil é a não aplicação da Lei de Responsabilidade Fiscal para a área da saúde, no que tange ao limite de gasto com pessoal, onde cada gestor do SUS teria, sob a batuta dos princípios da administração pública (legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência) que conduzir de forma sustentável a sua secretaria de saúde.

7.2.4 Considerações finais

O SUS vem sendo submetido às políticas neoliberais desde o seu início. Fazer frente às imposições dos mercados especulativos e das grandes transnacionais da saúde tornou-se imprescindível à sua sobrevivência. Tal desafio, que de imediato refere-se à dimensão política, pode ser superado desde que haja a iniciativa de financiar o SUS com

coerência, realizar ajustes estruturais que impeçam a sua privatização e que permitam maior autonomia na gestão do cuidado à saúde.

A mercantilização da saúde no Brasil só se tornará realidade se o governo brasileiro permitir, porque a base para a transformação do modelo hegemônico liberal de produção saúde foi estabelecida pela RSB. A segunda grande depressão econômica mundial que assola o planeta, desde 2008, demonstra a falência do neoliberalismo em constituir uma sociedade justa e economicamente sustentável.

O Brasil deve crescer com justiça social, optando por se desenvolver com um mercado interno que inclua os cidadãos ao consumo de bens e serviços que permita uma vida saudável, com uma indústria competitiva e ambientalmente sustentável, produzindo conhecimento, fortalecendo suas reservas, distribuindo renda; tudo com a proteção de um sistema de saúde justo e solvente para com os seus sócios-contribuintes.

8 CONCLUSÃO

Conclui-se que o SUS foi corrompido pela ordem econômica neoliberal na década de 90, tendo como consequência o crônico processo de privatização da sua rede de serviços. O subsistema público brasileiro vem lutando contra o neoliberalismo desde os seus primórdios, sem financiamento adequado e autonomia administrativa. O subsistema privado de saúde brasileiro e o complexo médico-industrial encontraram nas Organizações Sociais de Saúde (OSS) o arcabouço jurídico-legal para participarem do financiamento público da saúde, bem como utilizarem das estruturas públicas para atender às suas demandas, privatizando a saúde no Brasil. Privatizar o SUS significa alienar o direito à saúde de todos os brasileiros aos interesses do sistema financeiro internacional.

9 REFERÊNCIAS

Albuquerque V. Gasto público com juros soma R\$ 160,207 bilhões até agosto [Internet]. 2011 [citado 2011 Out 6]. Disponível em: <http://www.horadopovo.com.br/2011/outubro/2998-05-10-2011/P2/pag2a>

Alvarez LS, Salmon JW, Swartzman D. The Colombian health insurance system and its effect on access to health care. *Int J Health Serv.* 2011;41(2):355-70.

American College of Physicians. Achieving a High-Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries. *Ann Intern Med.* 2008;148:55-75.

Antunes M. Teoria da cultura. Lisboa: *Edições Colibri*; 1999.

Armstrong P, Armstrong H. About Canada: health care. Winnipeg: *Fernwood Publishing*; 2008.

Arouca ASS. O dilema preventivista contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva [tese]. Campinas: UNICAMP; 1975.

Bahia L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: *Fiocruz*; 2009. p. 123-85.

Bahia L. Financiar o SUS universal sem tergiversar [Internet]. 2011 [citado 2011 Nov 22]. Disponível em: <http://diplomatique.uol.com.br/artigo.php?id=1023>

Barata LRB, Mendes JDV. Organizações sociais de saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo. *In: Conselho dos Secretários de Estado de Saúde. Nota técnica nº 17/2006: as organizações sociais como alternativa de gerência para estabelecimentos públicos de saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2006 [citado 2011 Out 3]. p. 36-56. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2017-06.pdf>*

Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;15(5):2483-95.

Barbosa NB. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2497-506.

Benatar SR, Gill S, Bakker I. Global health and the global economic crisis. *Am J Public Health*. 2011;101(4):646-53.

Boyle S. The UK health care system. London: LSE Health and Social Care London School of Economics and Political Science; 2008.

Brasil. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000: estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2000 Maio 5:1.

Brasil. Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996: dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1996 Set 16:18261.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990 Set 20:18055.

Brasil. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993: regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1993 Jun 22:8269.

Brasil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998: dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1998 Maio 18:8.

Brasil. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999: dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1999 Mar 24:1.

Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012: Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2012 Janeiro.

Calderón CAA, Botero JC, Bolaños JO, Martínez RR. The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2817-28.

Calikoglu S. Trends in the distribution of health care financing across developed countries: the role of political economy of states. *Int J Health Serv*. 2009;39(1):59-83.

Camargo KR. Celebrating the 20th anniversary of Ulisses Guimaraes' rebirth of Brazilian democracy and creation of Brazil's National Health Care System. *Am J Public Health*. 2009;99(1):30-1.

Campos GWS. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S, organizador. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. São Paulo: Editora FGV; 2006. p. 417-42.

Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007a;12(2):301-6.

Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007b;12(supl):1865-74.

Campos, GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

Coelho IB. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):171-83.

Conselho dos Secretários de Estado de Saúde. Nota técnica nº 17/2006: as organizações sociais como alternativa de gerência para estabelecimentos públicos de saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2006 [citado 2011 Out 3]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2017-06.pdf>

Costa FL. Condicionantes da reforma do Estado no Brasil. In: Martins PEM, Pieranti OP Organizadores. Estado e Gestão Pública. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006.

De Groote T, De Paepe P, Unger JP. Colombia: in vivo test of health sector privatization in the developing world. *Int J Health Serv*. 2005;35(1):125-41.

De Paula APP. Por uma nova gestão pública. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2005.

Di Pietro MSZ. Direito administrativo. 17th ed. São Paulo: *Atlas*; 2004.

Dorn S, Holahan J. Are we heading toward socialized medicine? [Internet] Washington: Urban Institute; 2008 [citado 2011 Nov 21]. Disponível em: http://www.urban.org/UploadedPDF/411648_socialized_medicine.pdf

European Observatory on Health Care Systems. Health care system in transition: United Kingdom [Internet]. Copenhagen: The European Observatory on Health Care Systems; 1999 [citado 2011 Nov 21]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96419/E68283.pdf

Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Rev Adm Pública*. 2009;43(2):445-56.

Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(6): 446-55.

Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet*. 2011a;377(9779):1724-5.

Fleury S. Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011b;16(6):2686-8.

Fleury S. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional

em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: *Fiocruz*; 2009. p. 49-87.

Fleury SM. A análise necessária da reforma sanitária. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. *Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES; 2007. p. 222-4.

Gadelha P. Subfinanciamento da saúde teve início com FHC, diz Paulo Gadelha. *Hora do Povo*. 2011;2.999:4.

Greenwald HP. *Health care in the United States: organization, management, and policy*. San Francisco: *Jossey Bass*; 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística de saúde: assistência médico-sanitária: 2009 [Internet]. 2010 [citado 2011 Jan 21]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Conta Satélite da Saúde 2009* [Internet]. 2011 [citado 2012 Jan 21]. Disponível em:

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Sistema de indicadores de percepção social-saúde*. Rio de Janeiro: IPEA; 2011.

Iriart C, Waitzkin H. Argentina: no lesson learned. *Int J Health Serv*. 2006;36(1):177-96.

Kuschnir R, Chorny AH. *Redes de atenção à saúde: contextualizando o*

debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2307-16.

Laurell AC. Health system reform in Mexico: a critical review. *Int J Health Serv*. 2007;37(3):515–35.

Lemes C. Hospitais públicos de SP gerenciados por OSS: rombo acumulado é de R\$147,18 milhões [Internet]. 2011 Jun [citado 2011 Nov 21]. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/hospitais-publicos-de-sp-gerenciados-por-oss-a-maioria-no-vermelho.html>

Leys C, Player S. The plot aganst the NHS. Pontypool: *Merlin Press*; 2011.

Marx K, Engels F. The communist manifesto: a modern edition. London: Verso; 1998.

Massachusetts Governor Deval Patrick. An act improving the quality of healthcare and controlling costs by reforming healthcare systems and payments [Internet]. 2011 [citado 2011 Nov 21]. Disponível em: <http://www.mass.gov/governor/legislationexecorder/legislation/health-care-system-and-payment-reform.html>

McKee M, Hurst L, Aldridge RW, Raine R, Mindell JS, Wolfe I, Holland WW. Public health in England: an option for the way forward? *Lancet*. 2011;378(9790):536-9.

Ocké-Reis CO, Marmor TR. The Brazilian national health system: an unfulfilled promise? *Int J Health Plann Manage*. 2010;25(4):318-29.

Oh J, Lee JS, Choi YJ, Park HK, Do YK, Eun SJ. Struggle against privatization: a case history in the use of comparative performance evaluation of public hospitals. *Int J Health Serv.* 2011;41(2):371-88.

Ooms G, Hammonds R. Scaling up global social health protection: prerequisite reforms to the International Monetary Fund. *Int J Health Serv.* 2009;39(4):795-801.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011;377(9779): 1778–97.

Paim JS. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 91-122.

Pauly MV, Zweifel P, Scheffler RM, Preker AS, Bassett M. Private health insurance in developing countries. *Health Aff.* 2006;25(2):369-79.

Pereira LCB. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1997.

Pollock AM, Godden S. Independent sector treatment centres: evidence so far. *BMJ.* 2008;336(7641):421-4.

Pollock AM, Price D, Viebrock E, Miller E, Watt G. The market in primary care. *BMJ.* 2007;335(7618):475-7.

Pollock AM, Price D. How the secretary of state for health proposes to abolish the NHS in England. *BMJ*. 2011;342:d1695.

Project on Government Oversight. Bad businesses: billions of taxpayers dollars wasted on hiring contractors [Internet]. Washington: POGO; 2011 [citado 2011 Set 15]. Disponível em: <http://www.pogo.org/pogo-files/reports/contract-oversight/bad-business/co-gp-20110913.html>

Pushkar. Explaining paralysis in Chile's health Sector, 1990-2000. *Int J Health Serv*. 2006;36(3):605-22.

Rawls J. Uma teoria da justiça. São Paulo: *Martins Fortes*; 1997.

Reid TR. The healing of America: a global quest for better, cheaper, and fairer health care. New York: *Penguin Books*; 2009.

Reinert ES. How rich countries got rich and why poor countries stay poor. London: Constable; 2007.

Reinhardt UE. The many different prices paid to providers and the flawed theory of cost shifting: is it time for a more rational all-payer system? *Health Aff*. 2011;30(11):2125-33.

Rowden R. Why health advocates must get involved in development economics: the case of the International Monetary Fund. *Int J Health Serv*. 2010;40(1):183-7.

Santos IS. Evidência sobre o *mix* público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2743-52.

São Paulo. Lei Complementar nº 1.131, de 27 de dezembro de 2010: altera a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 2010 Dez 28:4.

São Paulo. Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998: dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 1998 Jun 5:1.

São Paulo. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. *TCE/SP* 2011; 1301 – 1305 [Internet]. 2011 [citado 2011 Set 30]. Disponível em: <http://www.tce.sp.gov.br/arquivos/contas-governo/2010-rmc/resultado/rel-voto10.pdf>

Schnittker J, Bhatt M. The role of income and race/ethnicity in experiences with medical care in the United States and United Kingdom. *Int J Health Serv*. 2008;38(4):671–95.

Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Michelle Doty, Davis K, Zapert K, Peugh J. Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Aff*. 2004;Suppl Web Exclusives:W4-487-503.

Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. In: Fortes PAC, Zóboli ELCP, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: *Edições Loyola*; 2003. p. 71-84

Siqueira CE, Castro H, Araújo TM. A globalização dos movimentos sociais: resposta social à Globalização Corporativa Neoliberal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(4):847-58.

Souza NA. A longa agonia da dependência: economia brasileira contemporânea (JK-FH). São Paulo: *Editora Alfa Omega*; 2004.

Souza NA. Economia brasileira contemporânea: de Getúlio a Lula. 2nd ed. São Paulo: Atlas; 2008.

Stuckler D, Basu S, Gilmore A, Batniji R, Ooms G, Marphatia AA, Hammonds R, McKee M. An evaluation of the International Monetary Fund's claims about public health. *Int J Health Serv*. 2010;40(2):327-32.

Stuckler D, Basu S. The International Monetary Fund's effects on global health: before and after the 2008 financial crisis. *Int J Health Serv*. 2009;39(4):771-81.

Tajer D. Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *Am J Public Health*. 2003;93(12):2023-7.

The Commonwealth Fund. Why not the best? Results from the National Scorecard on U.S. health system performance, 2011 [Internet]. New York City: The Commonwealth Fund; 2011 [citado 2011 Nov 21]. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2011/Oct/Why-Not-the-Best-2011.aspx?page=all>

The Henry J. Kaiser Family Foundation. The Uninsured: a primer [Internet]. Washington: Kaiser Family Foundation; 2011 [citado 2011 Nov 21]. Disponível em: <http://www.kff.org/uninsured/upload/7451-07.pdf>

United Kingdom. Equity and excellence: liberating the NHS [Internet]. London: National Health Service; 2010 [citado 2011 Nov 21]. Disponível em: http://www.inodes.eu/sites/inodes.eu/files/equity_&_excellence_-_liberating_nhs.pdf

Viacava F, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(supl):S119-28.

Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377(9782):2042-53.

Waitzkin H, Iriart C. How the United States exports managed care to developing countries. *Int J Health Serv*. 2001;31(3):495-505.

Waitzkin H, Iriart C; Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *Am J Public Health*. 2001;91(10):1592-601.

Waitzkin H, Jasso-Aguilar R, Iriart C. Privatization of health services in less developed countries: an empirical response to the proposals of the World Bank and Wharton School. *Int J Health Serv*. 2007;37(2):205–27.

World Bank. The organization, delivery and financing of health care in Brazil: agenda for the 90s. Washington: World Bank; 1994.

Anexo

unesp


UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto "*Análise da organização do trabalho docente nas escolas técnicas do SUS*", sob a responsabilidade de ARTÊNIO JOSÉ ISPER GARBIN, está de acordo com os Princípios Éticos em Pesquisa e foi aprovado em 05/02/2010, de acordo com o Processo FOA-2224/09.

Araçatuba, 05 de fevereiro de 2010.


ALBERTO CARLOS BOTAZZO DELBEM
Coordenador do CEP