



**Natascha Saad Maia Ferreira**

**“A Privatização da Saúde: aspectos das consequências da relação público-privada no Sistema Único de Saúde (SUS)”**

**Rio de Janeiro  
2018**

**Natascha Saad Maia Ferreira**

**“A Privatização da Saúde: aspectos das consequências da relação público-privada no Sistema Único de Saúde (SUS)”**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do grau técnico de nível médio de Gerência em Serviços de Saúde.**

**Orientador: Marcello de Moura Coutinho.**

**Rio de Janeiro**

**2018**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

**A Privatização da Saúde: aspectos das consequências da relação público-privada no Sistema  
Único de Saúde (SUS)**

**Banca Examinadora:**

**ANTONIO JOSÉ MARINHO RIBEIRO**  
**(Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde - LABGESTÃO)**

**IALÊ FALLEIROS BRAGA**  
**(Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde - LATEPS)**

**MARCELLO DE MOURA COUTINHO**  
**(Laboratório de Formação Geral na Educação Básica - LABFORM)**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar força e saúde para caminhar e trilhar cada caminho para alcançar os meus sonhos. Sem a minha fé, talvez eu não conseguisse acreditar tanto na minha capacidade.

Agradeço imensamente ao meu falecido avô, Eurico, que nunca descreditou de mim e sempre me encorajou a buscar meus sonhos. Tenho certeza que de algum lugar ele estará vendo todas as minhas vitórias.

Agradeço a minha família por me dar apoio e estrutura para chegar até aqui, sei que fizeram o que possível por mim.

Agradeço ao meu orientador, Marcello, por todas as tardes de orientações, ensinamentos e ajudas, para aprender cada vez mais sobre o SUS e a defender esse sistema com todas as forças possíveis.

Agradeço a minha banca examinadora, professora Ialê e professor Antônio por me ajudarem tanto a seguir o caminho certo na minha qualificação para a defesa.

Agradeço também, a minha coordenadora de PTCC, Adelyne, por se tornar muito mais que uma professora, uma grande amiga que me deu conselhos, carinhos e ensinamentos valiosos que guardarei para o resto de minha vida.

Por fim, agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que, por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica para o Ensino Médio (PIBIC-EM) estabeleceu uma parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), mediante o Laboratório de Iniciação Científica na Educação Básica (LIC-PROVOC), garantindo assim, uma bolsa para auxiliar o desenvolvimento desta monografia.

*Enquanto houver vontade de lutar haverá esperança de vencer*  
*Santo Agostinho*

## RESUMO

O presente estudo monográfico adotou a abordagem qualitativa, tendo como base uma revisão da literatura, por meio da busca nas bases de dados Lilacs e Scielo. Utilizou-se como referência os descritores, SUS e privatização da saúde. Desse modo, foram abordados também estudos a respeito da Reforma Sanitária, Contrarreforma Sanitária e relação pública-privada na saúde brasileira. Apresenta-se um breve cenário da assistência à saúde no Brasil, chegando ao momento contemporâneo, no qual as estratégias de privatização da saúde implicam progressivamente no desmonte do SUS, inclusive o papel do Banco Mundial nesse processo. Contudo, há também estratégias de resistência de atores sociopolíticos que defendem a saúde como um direito e não como mercadoria, o que também é objeto de análise.

**Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Relação público-privada na saúde; Privatização do SUS.**

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Metodologia.....</b>	
<b>3. Antecedentes do SUS e o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira.....</b>	<b>9</b>
<b>4. O Banco Mundial e o SUS.....</b>	<b>12</b>
<b>5. A Contrarreforma Sanitária Brasileira e a Luta pelo Direito à Saúde.....</b>	<b>16</b>
<b>6. Considerações Finais.....</b>	<b>28</b>
<b>7. Referências.....</b>	<b>29</b>

## 1. Introdução

A motivação deu-se em função da autora entender que o tema estudado poderá contribuir no aperfeiçoamento do Sistema Único Saúde (SUS) e na luta por uma saúde pública, universal e de qualidade. Além disso, a mesma é educanda do 4º Ano, tendo grande afinidade com este tema, em razão do mesmo ter sido trabalhado na sua formação, no âmbito do Curso Técnico de Nível Médio em Gerência em Saúde (CTNMGS).

A presente monografia tem como tema o processo de privatização da saúde, visando discutir aspectos relativos às consequências da relação público-privada no SUS. Entende-se que o SUS em sua formulação constitucional está descrito, enquanto um sistema de seguridade social (proteção social).

De acordo com Paim (2009) existem três dimensões de sistemas de proteção social, quais sejam: assistência; seguro social; e, seguridade social.

O sistema de assistência assegura atendimento de saúde apenas para os segmentos da população mais vulnerável do ponto de vista socioeconômico, como no caso do Medicare<sup>1</sup> e Medicaid<sup>2</sup>, nos Estados Unidos da América (EUA).

Nesse sistema, os serviços de saúde são privados com garantia de atuação estatal somente para os mais pobres e idosos, ou seja, só quem pode pagar tem acesso garantido a um plano com mais direitos, dependendo do valor do plano de saúde. O usuário tem garantia de acesso maior a exames, consultas e tecnologias de tratamento, portanto, é possível perceber que pelo fato desse sistema funcionar a partir da lógica do mercado é desigual e injusto. Como coloca Paim (2009, p. 19): “Nesse tipo de proteção social, parte significativa da população não pode ter acesso ao sistema de saúde, seja pagando do próprio bolso (desembolso direto), seja mediante planos de saúde, fica descoberta.”

Já no seguro social é beneficiado quem contribui para a Previdência Social, como no caso da Alemanha. E, no de seguridade social, o direito à saúde é assegurado pelo Estado para toda a população (acesso universal), a partir dos tributos pagos pela população de diversas formas, como por exemplo, no Canadá.

Após a Constituição Federal de 1988, o Brasil passou a ter um modelo de seguridade social com a criação do SUS. Contudo, apesar do SUS ser basicamente de seguridade social, houve a concessão para o setor privado atuar enquanto complementar, ou seja, não é 100% público e estatal.

---

<sup>1</sup> Criado em 1965, destinado a pessoas com idade igual ou maior que 65 anos ou que atendem a determinados critérios de rendimento. Podem também ser atendidas, pessoas com menos de 65 anos, mas que sejam portadoras de alguma deficiência ou estejam com doenças renais crônicas.

<sup>2</sup> Programa de “saúde social” criado em 1965, destinado a pessoas de baixa renda e recursos limitados. Este programa é federal, mas é administrado autonomamente em cada estado estadunidense. Atualmente, cerca de 60 milhões de pessoas são atendidas, incluindo crianças, mulheres grávidas, pais, idosos e pessoas com deficiência.

Todavia, precisamos olhar de forma cautelosa os sistemas existentes para compreender como está o nosso e como podemos melhorá-lo. Paim (2009, p. 18) faz o seguinte questionamento: “Os serviços de saúde devem ser entendidos como um ‘bem’ para aquele que necessita ou devem ser comprados no mercado por aqueles que podem pagar?”.

Para sabermos qual o sistema a ser adotado em nossa sociedade é necessário questionar a nossa prioridade. Cabe a pergunta: **“Deve-se construir sistema que vise à saúde como um dever do Estado e direito do cidadão, ou como uma mercadoria?”**.

Apesar do SUS ser basicamente de seguridade social, a partir do momento em que a Constituição Federal deu abertura ao setor privado para atuar com serviços de saúde complementares, estes passaram a ser concorrentes na prática.

Portanto, precisamos olhar de forma cautelosa para os outros sistemas existentes para ver como está o nosso e aperfeiçoá-lo, pois é inegável que o SUS é uma das maiores conquistas da história e que, vem garantindo o direito à saúde a todos como dever do Estado, apesar de seu desfinanciamento. O que foi agravado com a aprovação da Emenda Constitucional 95, de 2016 (EC 95/2016)<sup>3</sup>.

Objetiva-se de forma geral neste estudo identificar a relação público-privada no Sistema Único de Saúde no contexto de Reforma e Contrarreforma Sanitária brasileira. E mais especificamente, discutir as consequências da relação público-privada no Sistema Único de Saúde no contexto de Reforma e Contrarreforma Sanitária brasileira e, as questões relativas ao processo histórico de privatização da saúde no Brasil até a contemporaneidade.

---

<sup>3</sup> A EC 95/2016 que tramitou na Câmara dos Deputados como Proposta de Emenda Constitucional 241 e, no Senado Federal como Proposta de Emenda Constitucional estabeleceu um teto para os gastos do governo federal, o que afetará principalmente a chamada área social, saúde, educação e seguridade social. Isto porque, a EC 95 / 2016 limita os gastos do governo federal durante vinte anos, a partir de 2017, tendo como base o seu orçamento em 2016. Os gastos com saúde e educação passarão a cumprir a regra apenas a partir de 2018. Vale ressaltar, que o congelamento dos gastos públicos pode ser revisto após dez anos. Contudo, na saúde há ainda mais uma mudança importante, ou seja, o que regulava o financiamento da saúde até 2017 era a Emenda Constitucional 86 /2015 que estabelece como investimento mínimo uma fatia da receita corrente líquida do governo federal, sendo 13,2% em 2016, crescendo até chegar a 15%, em 2020. Assim, o que a EC 95 fez foi antecipar para 2017 esse percentual máximo, fazendo, portanto, com que o congelamento que vai acontecer a partir de 2018 se dê sobre um orçamento maior..

## **2. Metodologia**

Adotou-se a abordagem qualitativa, tendo como base uma revisão da literatura, por meio da busca nas bases de dados Lilacs e Scielo. Utilizou-se como referência os descritores, SUS e privatização da saúde.

Desse modo, foram abordados também estudos a respeito da Reforma Sanitária, Contrarreforma Sanitária e relação pública-privada na saúde brasileira.

Apresenta-se um breve cenário da assistência à saúde no Brasil, chegando ao momento contemporâneo, no qual as estratégias de privatização da saúde implicam progressivamente no desmonte do SUS, inclusive o papel do Banco Mundial nesse processo. Contudo, há também estratégias de resistência de atores sociopolíticos que defendem a saúde como um direito e não como mercadoria, o que também é objeto de análise.

Entende-se as limitações deste estudo, por ser tratar de um trabalho de acadêmico de nível médio, mas pretende-se contribuir para futuras análises e ações concretas na defesa do SUS e um outro projeto societário.

## **3. Antecedentes do SUS e o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira**

Após a Segunda Guerra Mundial foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 07 de Abril de 1948 foi constituída a Organização Mundial da Saúde pela qual se definiu a obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde dia que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Cabe destacar, que a partir da OMS firmaram-se os princípios de integralidade e universalidade em saúde.

Entre 6 e 12 de setembro de 1978, promovida pela OMS, foi formulada a Declaração de Alma-Ata na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na própria cidade Alma-Ata (atual República do Cazaquistão) Visava-se, a classificação internacional de doenças, elaboração de regulamentos internacionais da saúde, de normas para a qualidade da água e, ainda com a ajuda de países-membros, a OMS inicialmente focava-se em duas doenças transmissíveis de grande amplitude: a malária e a varíola. Com a imunização em massa, pela primeira vez erradicava-se uma doença, sendo que último caso de varíola foi registrado em 1977.

Segundo Scliar (2007), esta Conferência ainda reforçou identificação das grandes desigualdades na saúde dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos; a responsabilidade governamental na promoção a saúde e a necessidade da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. A estratégia tinha como base quatro tópicos: 1) as ações de saúde há de serem práticas viáveis e socialmente aprovadas pela população; 2)

acessibilidade fácil a todas as pessoas, famílias e comunidades; 3) comunidade participativa intensamente na inserção e execução do sistema de saúde; 4) as despesas dos serviços devem agir em conjunto com a situação econômica da localidade, região e país. Organizando-se assim, teremos a porta de entrada para o sistema de saúde relacionado a cuidados primários. Pode-se afirmar que, o sistema nacional de saúde ajustado no processo de desenvolvimento social e econômico do país assim passa a ter causa e consequência.

Antes de existir o SUS, o Brasil passou por alguns “sistemas de saúde”. Na época do Brasil Colônia, quem comandava a saúde e o saneamento era o serviço militar de Portugal. As cidades eram sujas e propícias a diversas doenças e epidemias. Em 1543 foi criada a Santa Casa, uma instituição de caridade cristã que prestava atendimento aos “mais necessitados”.

Com a chegada da Família Real ao Brasil, os serviços prestados pelo físico-mor e cirurgião-mor (cargo militar de Portugal responsável pelo saneamento e saúde) foi avançando para os municípios, tendo sido criado o Ministério do Império, o qual teve como foco inicial acabar com a febre amarela, a partir da Junta de Higiene Pública.

Nesse período, houve uma reforma dos serviços sanitários, devido a diversas epidemias, o que promoveu a limpeza das cidades. De acordo com Paim (2009, p. 27), o país tinha o chamado “não sistema de saúde”, pois o Estado não intervia nos serviços de saúde, a não ser que o indivíduo sozinho ou o setor privado não fosse capaz de atendê-lo, como no caso das epidemias.

Assim, cada município ou instituição fazia sua própria organização sanitária, o que desperdiçava recursos, pois muitas vezes eram desenvolvidas ações repetidas e sem nenhuma ligação. No século XX, a partir desse não sistema houve uma separação mais concreta entre a saúde pública e a medicina médico-hospitalar. Para Paim (2009, p. 28), “esta duplicação de esforços desperdiçava recursos, resultando em dificuldades para resolver os problemas de saúde da população que se urbanizava, ao mesmo tempo em que aumentava o número de indústrias.”.

Já na República Velha, as epidemias comprometeram o comércio agroexportador, fazendo com que o governo da época tomasse a medida de vacinação obrigatória. Em 1910, existindo um movimento dos médicos pela mudança de organização sanitária, liderado por Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Belisário Pena, Barros Barreto, entre outros médicos, o que ocasionou a fundação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) por Carlos Chagas. O DNSP ficou responsável por determinadas ações, tais como a profilaxia, propagandas sanitárias, saneamento, higiene industrial e o controle de epidemias. Nesse contexto, foram criados códigos sanitários e instituições para realizações de pesquisas biomédicas e políticas de saúde.

Não obstante, as ações eram episódicas, combatendo doenças específicas como a febre amarela, amarelão (ancilostomose), tuberculose, lepra (hanseníase), varíola e suas vacinações ou

tratamentos.

Não existia ainda, o Ministério da Saúde e a saúde era tratada mais como questão política do que social, sendo as ações políticas entendidas como de responsabilidade dos militares, o que pode ser comprovado pela terminologia empregada, como a chamada “Polícia Sanitária”.

Vale ressaltar, que a reforma de Carlos Chagas estava em larga medida preocupada com a questão da higienização, e não com a saúde pública exatamente, o que teve mais atenção em 1930, com a criação do Ministério do Trabalho. Com iniciativas privadas, fábricas passaram a descontar 2% do salário dos funcionários e forneciam serviços médicos. Em 1923, com a Lei Elói Chaves, criaram-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP).

A partir dessa breve retrospectiva e de uma análise dos sistemas de saúde empregados no Brasil até o presente momento, Paim (2009) afirma que a saúde no Brasil nasceu por três vias: Saúde Pública; Medicina Previdenciária; e; Medicina do Trabalho. Pode-se postular então, que em paralelo, também existiam as divisões entre Medicina Liberal, Medicina do Trabalho, Instituições Filantrópicas e Medicina Popular. Essas vias de saúde traçaram caminhos paralelos, autônomos e sofreram pressões diferentes.

De acordo com o que foi definido na Declaração de Alma-Ata (1978), saúde não é a ausência de doença e sim, um bem-estar físico, psíquico e social. Posteriormente, foi criada a estruturada previdenciária, a partir da década de 1960.

O SUS, criado em 1988 por ocasião da Constituição Federal de 1988 possui muitos avanços, assim como muitos desafios. Temos avanços nas políticas de saúde, como por exemplo: Estratégia Saúde da Família (ESF); imunizações; transplantes; e, o segundo melhor programa do mundo de tratamento do vírus HIV/AIDS e todas as doenças sexualmente transmissíveis (DST). Já como desafios pode-se ver que o SUS enfrenta problemas de financiamento, gestão e implementação.

Por outro lado, a Lei 8.080/90 regulamenta o SUS e reafirma o direito à saúde universal e equânime. Na Constituição Federal de 1988, o art. 196, além de afirmar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, também expressa que o SUS deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à diminuição de riscos e agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Os governos então devem mediante o SUS, garantir atendimento por meio de uma rede regionalizada, hierarquizada, obedecendo às diretrizes de descentralização, visando o atendimento integral (integralidade) e participação da comunidade (controle social).

Contrariamente no governo Collor foram vetadas parágrafos da Lei 8.080/90, tendo sido necessária uma pressão do Movimento de Reforma Sanitária brasileira para a criação da Lei 8.142/90,

trazendo de volta a questão da participação da comunidade na gestão e transferências de recursos financeiros entre estados, municípios e União, dando protagonismo aos municípios (municipalização). Porém, como os recursos são mal geridos, desviados e diminuídos, o SUS acaba sendo prejudicado, pois há cada vez menos repasse financeiro para a saúde pública.

Por isso, a importância da capacitação da gestão em operacionalizar o sistema, com vistas aos preceitos constitucionais. As Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 92, 93 e 96 e, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, por exemplo, definiram as condições e competências para a descentralização. Por sua vez, o Pacto pela Saúde (2006) e o Decreto 7.508 (2011) trazem o repasse financeiro por blocos de financiamento e reativam a regionalização.

No tocante, ao financiamento é importante citar a Lei 9.656 (1998) que em seu artigo 32 trata especificamente da obrigatoriedade legal do ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde, quando seus beneficiários utilizam o sistema público de saúde. Contudo, esta legislação vem sendo contestada judicialmente pelas operadoras de planos de saúde desde sua criação, conforme o blog do Matheus Leitão (G1)<sup>4</sup>. Caso este ressarcimento fosse efetivo, o SUS poderia ter uma receita de grande monta, o que poderia contribuir para a melhoria de sua assistência.

#### **4. O Banco Mundial e o SUS**

O Banco Mundial possui um forte interesse na privatização da oferta de serviços de saúde, já que é atraente para o setor privado assumir o papel do Estado e poder lucrar com isso. Assim, defende que o Estado intervenha o mínimo possível e que na saúde, a iniciativa privada assumo o seu papel por meio da terceirização. Com efeito, a acumulação de capital é muito maior do que se estivesse prestando diretamente o serviço para a população (RIZZOTO e CAMPOS, 2016).

De acordo com os autores supracitados, para o Banco Mundial, a saúde não deve ser um direito universal, e sim, um bem de consumo, onde o mercado oferece uma saúde que organiza melhor a produção, distribuição e consumo. Desse modo, o Estado deveria intervir para garantir para a população os “mínimos essenciais”, na lógica liberal do Estado mínimo.

Laurel (2014) apud Rizzotto e Campos (2016) analisa como a saúde tem se transformado em uma estratégia de acumulação de capital por meio dos seguros privados, gestão privada de fundos públicos, apropriação da ciência de acordo com os interesses privados no modelo hospitalocêntrico, porém, em contraponto com toda essa lógica privatista, governos progressistas da América Latina

---

<sup>4</sup> Blog do Matheus Leitão (G1). Link: <https://g1.globo.com/politica/blog/matheus-leitao/post/2018/02/07/governo-defendera-no-stf-que-planos-de-saude-devem-ressarcir-o-sus.ghtml>. Acesso em 07 fev 2018.

lutam por políticas públicas em prol da população, mesmo com a legitimação de uma sociedade capitalista.

Concordando com Rizzotto e Campos (2016), a saúde está inteiramente ligada a uma luta política e ideológica em relação à luta pública e privada. Nesse contexto, o Movimento Sanitário acabou sendo vencido em relação à aprovação de algumas leis que beneficiam mais o setor privado do que o público, conseqüentemente, perdendo recursos para o setor privado e também sofrendo dificuldades para implementar as diretrizes do SUS. De acordo com Rizzotto e Campos (2016):

Cita-se como exemplos o movimento “saúde + 10”, que lutava por 10% da Receita Corrente Bruta de recursos federais, mas o que se aprovou foram porcentagens da Receita Corrente Líquida (EC 96/2015); a aprovação da entrada do capital estrangeiro na área da saúde (Lei 13.097/2015); e o incentivo para a ampliação do consumo de planos de saúde coletivos (PEC 451/2014) (RIZZOTTO E CAMPOS, 2016, p.265).

Desde a criação do SUS, O Banco Mundial aponta críticas em relação a esse sistema ser um dever do Estado, além de universal, igualitário e integral. O principal ponto em questão, não é se o governo teria condições de bancar ou não o SUS, mas sim, o fato da lógica liberal privilégia o lucro, em contraponto às políticas públicas que visam beneficiar toda a população. Nessa perspectiva, o Banco Mundial defende que o setor privado deve atuar constitucionalmente como saúde complementar ao SUS, sugerindo reformas para que seja aumentada a participação do setor privado na oferta de serviços de saúde (BANCO MUNDIAL, 1991, 1995 apud RIZZOTTO E CAMPOS, 2016).

Para o Banco Mundial, o serviço público deve desempenhar o papel na saúde de regulamentá-la, promovê-la, financiá-la e educar a população nessa área, contudo o papel de prestação de serviços não deveria estar a cargo apenas do setor público e sim do privado por ser mais inovador, eficiente e com maior qualidade. (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 119 apud RIZZOTTO e CAMPOS, 2016).

Nos anos de 1990, a interferência do Banco Mundial na saúde pública brasileira se deu no mesmo período das eleições de governos alinhados ao projeto neoliberal (Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso), o qual está fundamentado nas diretrizes do Consenso de Washington. Vale ressaltar, que o Banco continua postulando reformas no SUS, tendo em vista a lógica de mercado.

Com efeito, a descentralização do sistema de saúde no Brasil foi incentivada pelo Banco, no início de seu processo, já que pretendia assegurar que a mesma fosse implementada por meio de privatizações. O argumento era de que a descentralização traria eficiência e democratização das

políticas públicas, mas na verdade o Banco estava jogando a favor de seus interesses privatistas.

Contudo, quando a descentralização foi expandida para os municípios, o Banco se posicionou contra, sinalizando que seria um equívoco da Reforma Sanitária, argumentando ser um exagero descentralizar tanto e com menos privatização do que achava necessário, em razão de defender que o governo estaria sobrecarregado para o que deveria ser capaz de realizar. (ARRETCHE, 1997 apud RIZZOTTO e CAMPOS, 2016).

Ao longo de todo esse tempo, o Banco vem publicando documentos institucionais com atenção particular no sistema público de saúde brasileiro. As recomendações contidas nestas publicações estão baseadas em estudos e pesquisas com a nítida intenção de induzir as agendas governamentais a restringirem-se à lógica de mercado, conforme os trechos transcritos abaixo, relativos ao SUS.

Nos documentos da década de 1990 e 2000, os estudos tinham como objetivo contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre a saúde, bem como apresentar sugestões para o enfrentamento do que entendeu como desafios do sistema de saúde brasileiro para as décadas seguintes. Isto é, pesquisar e descrever a alocação de recursos públicos, avaliar como os recursos transferidos para os estados e municípios são utilizados, coletar evidências de atrasos e defasagens na execução orçamentária e oferecer um conjunto de recomendações para políticas visando melhorar a eficiência na gestão de recursos e na qualidade de atenção no SUS. (BANCO MUNDIAL, 2007, apud RIZZOTTO e CAMPOS, 2016). Já no ano documento de 2013, a proposta mantém o espírito dos anteriores, mas avança para a intenção de comparação com experiências de outros países com reformas similares, como transcrito abaixo.

E, no documento de 2013, os objetivos são “fornecer uma avaliação objetiva e neutra do desempenho do sistema e dos desafios futuros” e “apresentar recomendações baseadas no diagnóstico e em experiências de outros países com reformas similares” (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 21-22 apud RIZZOTTO e CAMPOS, 2016).

Depreende-se que o Banco terá interesse no SUS dependendo da forma que o governo estará gerindo o Estado, ou seja, se o governo estará ou não favorecendo o mercado com suas políticas e financiamento.

O documento de 2007 analisa majoritariamente uma forma de administrar o Estado chamado “governança”, que se baseia na forma como o mercado administra suas empresas, ganhando visibilidade no final do século XX, por causa do fim do Pacto Keynesiano.

Esse Pacto se deu no período Pós-Segunda Guerra Mundial, no qual os países da Europa se

encontravam em extrema crise e para impedir que os trabalhadores defendessem o sistema socialista, os Estados e as elites nacionais concederam aos primeiros, programas que visavam garantir um patamar satisfatório de direitos sociais (saúde, educação, aposentadoria etc.), o chamado Estado de Bem-Estar Social.

Porém, quando a qualidade de vida da população melhorou sensivelmente e a economia voltou a crescer, as forças do mercado alegaram que o governo estava gastando demais por conta do Pacto Keynesiano, fazendo com que esses Estados entrassem novamente em crise.

Desta forma, as forças do mercado encontraram outra forma de “ajudar” o Estado, isto é, o governo administrar o Estado de forma que favoreça o setor privado em troca de empréstimos, financiamentos e isenções fiscais, o que se denominou de “governança”.

Com esse tipo de política, o Banco Mundial vem conseguindo ganhar peso nas decisões acerca de políticas sociais e econômicas dos países que adotam e aceitam sua “ajuda”, em troca de governar da forma que interessa ao setor privado, conseguindo cada vez mais, introduzir o neoliberalismo nesses países, induzindo a privatização de serviços públicos, “aquecendo” a economia e impedindo a redistribuição de renda.

Além da “governança” há a *accountability*. Ambas, por um lado representam estratégias que o setor privado utiliza para tomar a responsabilidade que era do Estado para si, e com isso, usufruir da prestação de serviços, ganhando espaço no setor público e capital, adotando metas, punições para quem não as cumpre e recompensa para quem às atinge, agindo assim, de forma desumanizada em relação aos gestores e demais trabalhadores. Por outro lado, no caso da *accountability* é importante ressaltar que a mesma também permite maior transparência e publicidade da gestão pública.

O fato de o governo agir de acordo com os interesses das empresas de forma descentralizada transfere para as entidades sem-fins lucrativos, a responsabilidade da atenção a saúde para a população, deixando ileso qualquer crítica aos empresários onde se determina a destinação de recursos públicos, pois para o Banco Mundial, o problema seria a má gestão, e não a falta de recursos (RIZZOTO e CAMPOS, 2016).

## **5. A Contrarreforma Sanitária Brasileira e a Luta pelo Direito à Saúde**

Mesmo com o fato de existir nos anos 1920 assistência médica para os trabalhadores das fábricas, a partir dos anos 1950 esses serviços de saúde se ampliaram, com maior complexidade e com empresas que forneciam esses serviços. A “desculpa” das empresas para essa expansão era que o governo não oferecia o suficientemente esse tipo de assistência para a população. Contudo, é notável

o interesse das empresas em manter os trabalhadores saudáveis para um melhor rendimento e produção dos funcionários dentro das indústrias. As políticas de privatização foram uma forte estratégia nos anos 1960 vindas do setor privado tendo auxílio das instituições previdenciárias e empresas, formando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), atendendo clientes que possuíam carteira assinada.

A medicina privada iniciou-se em torno da década de 1950 e 1960, com a construção de hospitais privados, filantrópicos e indústrias que forneciam saúde para os funcionários. Isso se deu pelo fato de existir uma maior necessidade de assistência médico-hospitalar aos trabalhadores das indústrias e aos seus familiares. Indústrias essas que tiveram um forte crescimento nesse período.

Com o golpe empresarial-militar em 1964, houve a expansão progressiva dos serviços de saúde para a população, devido à presença dos trabalhadores no andamento da reforma previdenciária desde os anos de 1950. Essa expansão também teve o objetivo de incluir o setor privado na saúde para o avanço de um Estado capitalista, fazendo com que a previdência social fosse monopolizada e o orçamento dirigido para os setores privados de serviços de saúde.

Ainda assim, em todos os governos do período da ditadura militar, além de ter uma restrição do poder, também teve de recursos, o que impulsionou as instituições privadas de saúde a avançarem ainda mais com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) no ano de 1966, pelo fato do INPS ser um sistema que unifica a previdência com a saúde, teve como consequência o acréscimo da interferência do governo na saúde. Governo esse que vinculado ao setor privado foi ampliando o setor privado na saúde.

Desde os anos 1970, os interesses dos empresários nas políticas de saúde tornam-se pauta de estudos em diversas instituições. Dentro da política de saúde existem forças que lutam por ideais distintos e dependendo do seu poder influenciam mais, ou menos no resultado dessas políticas, o que quer dizer que o Estado possui sim uma posição política e que na maioria das vezes está em favor da classe burguesa. Esse jogo de interesses do Estado mostra o quanto as políticas de saúde são advindas da posição política do Estado e qual classe é favorecida nesse meio.

O movimento sanitário chega para romper com esses padrões do modelo hospitalocêntrico e privatista, defendendo a saúde não só como ausência de doença, mas sim como um bem está físico, social e psíquico e também defendendo a saúde como um direito universal e igualitário, com um sistema único.

Estas ações criaram a chamada política nacional de saúde, criando em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Plano de Pronta Ação (PPA), e em 1975 o Sistema Nacional de Saúde. Pode-se perceber que o INPS possuía como proposta, a ampliação da cobertura dos serviços de saúde dando prioridade a pactuarão com o setor privado na saúde fazendo com que não haja a

expansão do setor público na saúde, mostrando cada vez mais como o Estado usando recursos públicos para andar de mãos dadas com o setor privado, ou seja, construindo um modelo privatista na saúde pública. O repasse de orçamento do Governo para saúde privada teve como principal causa os contratos com empresas, hospitais e clínicas a partir de convênios e contratos.

O Estado foi culpabilizado pela crise capitalista dos anos 1970, o que produziu um forte decréscimo de emprego no país. De certa forma, o ciclo existente pós-crise capitalista, geralmente está relacionado a rejeição do fundamento Keynesiano, tal que relaciona a crise sistêmica da procura como causa da crise do mercado, assim, legitimando a preservação dos cargos públicos que estimularam o sistema financeiro. Na realidade, esses são os completos tiranos das crises capitalistas, que diminuindo os gastos do governo, conseguem o escoamento dos títulos das dívidas do Estado. Ou seja, o Estado, que é quem tem o papel de proteger o mercado, a partir da perspectiva neoliberal se torna o vilão da crise, depois que o mercado financeiro consegue ser resgatado.

O Estado foi culpabilizado pela crise capitalista dos anos 1970, o que produziu um forte decréscimo de emprego no país. De certa forma, o ciclo existente pós-crise capitalista, geralmente está relacionado a rejeição do fundamento Keynesiano, tal que relaciona a crise sistêmica da procura como causa da crise do mercado, assim, legitimando a preservação dos cargos públicos que estimularam o sistema financeiro. Na realidade, esses são os completos tiranos das crises capitalistas, que diminuindo os gastos do governo, conseguem o escoamento dos títulos das dívidas do Estado. Ou seja, o Estado, que é quem tem o papel de proteger o mercado, a partir da perspectiva neoliberal se torna o vilão da crise, depois que o mercado financeiro consegue ser resgatado.

Com a certificação dos capitalistas que os Estados estavam em crise nos anos 1980, devido aos governos não conseguirem suprimir as necessidades básicas da população, e também com uma forte carência do setor público, a ponto de não conseguir produzir certa quantia de poupança interna, passaram a surgir várias reformas que minimizaram o poder do Estado no Brasil.

Segundo Borges et al (2012) na década de 1990, o Brasil foi sujeito a duras reformas neoliberais dirigidas pelo FMI e pela Casa Branca, além de patrocinadores da renegociação da dívida do governo brasileiro.

Desta forma, houve o agravamento das doutrinas neoliberais quando o presidente Collor de Mello (1990-1992) entrou no poder, controlando os serviços oferecidos para a população vindos de esferas públicas. Neste período, com a entrada do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), o Estado passou por uma reforma que se espelhou no regimento do Consenso de Washington, onde o Estado estaria presente apenas nas práticas fundamentais, aumentando a presença privada nos serviços para a sociedade.

O Estado passa a ser visto como insuficiente para fornecer os serviços básicos, que lhe eram

encarregados, como por exemplo, a saúde e educação. A insuficiência do Estado foi o maior argumento neoliberal para conseguir ampliar o mercado, diminuir direitos trabalhistas e substituir as responsabilidades do Estado para instituições privadas.

O nome que se dá ao neoliberalismo social é Estado Social-liberal, em outras palavras, um Estado que preservaria os direitos sociais e melhoraria a economia, por isso chamado de social. E para promover esses direitos, usaria de instituições privada para promover esses serviços, fazendo com que o mercado de trabalho se torne mais flexível, para assim, capacitar profissionais e empresas para competir com o mercado internacional.

A suavização do Estado neoliberal no governo Fernando Henrique Cardoso se deu o tempo todo em favor do mercado e da privatização e da transformação de um Estado Mínimo de direitos. Segundo Pereira (1997) apud Borges et al (2012), existiram três vertentes na reforma do Estado na presidência de Fernando Henrique Cardoso: a vertente da privatização, que é uma forma de converter uma instituição Estatal para privada; a vertente da publicização, que é a conversão de uma instituição pública para uma instituição de direito privado, continuando sendo pública, porém não estatal; e a terceirização, que é a forma de responsabilizar o setor privado com serviços que de responsabilidade do Estado.

Administração pública gerencial se dá quando o Estado opera como se fosse uma instituição privada, da qual suas atividades são voltadas para a população em que são dispostas como maiores atributos maiores rendimentos nas determinadas atividades, na verificação de desempenho e na gestão dos resultados, e é nesse momento em que ela vem com toda força para tentar acabar com os privilégios políticos advindos do Estado e trazer para o governo a distinção do que é público e privado. Contudo, concordando com De Paula (2005) apud Borges et al (2012), o resultado desse tipo de administração não foi como o esperado. O patrimonialismo e o autoritarismo continuaram, além de manterem um monopólio dentro do Estado que girava em torno dos interesses da elite.

Com a união do governo Fernando Henrique Cardoso e o sistema financeiro internacional, as políticas econômicas favoreceram o capital especulativo por com reduzido período com o objetivo de custear a moeda Real, através da retirada de gigantescos recursos, com juros altíssimos, esses pagos pelo governo brasileiro, que possuía como finalidade transferir dólares, assim, mantendo uma forte movimentação de câmbio. Ou seja, para o Real se tornar forte e a moeda ser valorizada, acabando com a inflação, na verdade, foram retirados recursos públicos para combater uma falsa crise e transferir as riquezas brasileiras para os países desenvolvidos.

Vale ressaltar, que na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foram lançadas duas propostas para a criação de um sistema público e universal de saúde e que, na Constituição Federal de 1988 foi denominado Sistema Único de Saúde. A Central Única dos Trabalhadores (CUT) e o Partido dos

Trabalhadores (PT) defenderam a proposta “Estatização Já!” e, o Partido Comunista Brasileiro (PCB) de estatização progressiva, o que explicita as disputas políticas internas do Movimento de Reforma Sanitária. A proposta vitoriosa foi a do PCB, a qual era mais palatável para o setor privado. Este resultado abriu brecha para o setor privado atuar dentro da saúde pública. Isto quer dizer que o Estado também tem parcela de responsabilidade de o SUS possuir essa abertura para o setor privado.

A consolidação do SUS se deu por meio de um movimento político em defesa dos direitos da população. De acordo com Campos (2017), a partir do momento em que os princípios e as diretrizes do SUS são inseridos na Constituição Federal de 1988, tem-se como consequência no Brasil, um avanço nas políticas públicas de saúde. Políticas essas, baseadas em sistemas de saúde universais adotados pelo mundo, no século XX, com diferentes histórias de lutas sociais que vislumbraram a saúde da população, como um bem-estar físico, social e psíquico, ou seja, o SUS nasce em um contexto de disputas políticas, tendo prevalecido, a defesa de um sistema universal e igualitário.

Em meio ao conflito em defesa da redemocratização, no período de 1964 a 1984, quando se deu a ditadura empresarial-militar, consolidou-se o Movimento de Reforma Sanitária brasileira, o qual teve como principal ganho da luta, o Sistema Único de Saúde. Contudo, no decorrer dos anos 1990, até a primeira década dos anos 2000, o SUS sofreu uma ofensiva neoliberal, mas foi também responsável pela inclusão de ações e práticas de saúde, tais como a humanização e a criação de instâncias de controle social, aproximando a sociedade civil organizada das decisões do governo (gestão participativa).

Estas mudanças geraram uma série de políticas públicas que reafirmaram a saúde como um direito social. Vale a pena ressaltar, que apesar da implementação de instâncias de gestão participativa, quem vem tendo o maior peso nas decisões são as empresas de saúde, representantes governamentais com interesses políticos contrários ao SUS.

Por outro lado, os movimentos sociais da saúde tiveram e têm papel central na defesa de políticas públicas, sendo exemplos, a Reforma Sanitária, Luta Antimanicomial, Política de Humanização, Programa de Tratamento e Prevenção do HIV/AIDS e Estratégia Saúde da Família. No tocante à Reforma Sanitária, o mais importante movimento em defesa da saúde público-estatal, tivemos o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Mais recentemente, surgiram Fóruns de Saúde por todo o Brasil, assim como, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, Ocupa SUS, Nenhum Serviço de Saúde a Menos e Frente em Defesa dos Institutos e Hospitais Federais do Rio de Janeiro compostos por sanitaristas e militantes da saúde em geral.

Não obstante, mesmo com os visíveis avanços do SUS, estes não foram suficientes para impedir o seu subfinanciamento. Pode-se observar que desde sua implantação, a burguesia em

articulação com o Estado brasileiro, insiste em uma “defesa” do SUS, mas no sentido de sua abertura para o setor privado, tanto na ampliação da margem de atuação dos planos de saúde, quanto na privatização não clássica, a partir da entrega da gestão de serviços públicos às organizações sociais da saúde (OSS) e a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), para os hospitais vinculados às universidades federais.

Apesar de ser notável o avanço que a Constituição Federal de 1988 trouxe para a saúde pública, com a criação do Sistema Único de Saúde houve uma brecha, pois nela consta que o setor privado pode funcionar como um setor complementar à saúde pública, ou seja, o setor privado pertence ao SUS, mesmo que de forma indireta, invalidando a possibilidade de este ser um sistema 100% público-estatal.

Visto isso, é possível observar as estratégias do setor privado para sucatear a saúde pública e apontar o atendimento privado como a melhor solução para a saúde brasileira. Essa estratégia de “sucatear para privatizar” é feita pelo Estado em articulação com a iniciativa privada, visando ganhar a classe média, fazendo com que a mesma passe a acreditar que o setor privado é o mais adequado para a prestação de serviços de saúde.

Vale destacar, que a mídia corporativa (burguesa) também faz uma propaganda negativa da saúde pública brasileira bastante intensa. Até porque, parte de seus anunciantes são operadoras de planos de saúde, atendendo assim aos seus interesses de privatização do SUS.

Campos (2017) argumenta que para existir uma intensa luta pelo SUS é necessária à composição de uma presença política atuante, que tenha ideias que transformem esse sistema. E para isso, deve seguir basicamente três linhas de raciocínio. A primeira é assegurar um apropriado financiamento, tanto para o SUS quanto para as diversas políticas públicas existentes. A segunda é fazer uma vasta mudança na forma de gerir os órgãos públicos, de forma que ele fique mais democrático e justo. E a terceira é fortalecer e expandir o modelo de atenção, guiando-se pelos sistemas nacionais e públicos de saúde, já existentes e consolidados.

Uma questão muito importante quando se trata do SUS é em relação ao seu financiamento, que é visivelmente insuficiente para atender as necessidades da população. É necessária a luta constante por uma melhora do nosso sistema de saúde, e nada mais adequado do que lutar por um maior financiamento. Para tanto, é de extrema importância identificar a destinação dos recursos públicos com base no planejamento de governo e discussão junto as instâncias de gestão participativa, definir as prioridades de ação governamental.

Campos (2017) calcula que de 2012 até os dias atuais, devido ao incentivo governamental à iniciativa privada, por meio de isenções fiscais, repasses direto do orçamento público e financiamentos custeados para grandes empresas, o governo tenha gastado, ou na verdade perdido

550 bilhões de reais, sendo essa quantia maior do que a investida pelo governo federal no SUS, ao longo desse mesmo tempo. Este autor calcula que o Brasil também utilizou neste período, cerca de 7% do Produto Interno Bruto (PIB) em aplicações financeiras e juros da dívida interna, salientando que todo esse dinheiro é público.

Vale ressaltar, que com SUS, o governo federal emprega apenas 3,7% do PIB, sem contar que dessa porcentagem, parte vai para o pagamento dos serviços prestados por OSS, fazendo com que os recursos financeiros destinados à saúde não sejam completamente empregados no SUS.

Todas essas isenções e gastos com entes privados pegam uma quantia enorme do orçamento público e poderiam facilmente, ser eliminadas, porém, existe um jogo de interesses que fala mais alto. Concordando com Campos (2017), é preciso convencer a sociedade, e principalmente o governo de que o SUS precisa, pelo menos, de um investimento de 8% do PIB.

De forma geral, a sociedade desacredita da coisa pública e para reforçar há diversas argumentações na linha da ineficiência do nosso sistema público de saúde, baseadas na ideologia liberal.

Campos (2017) demonstra que antes de analisar qual sistema é mais eficiente é preciso comparar seus gastos em relação a sua cobertura, e nesse quesito o SUS ganha disparado do setor privado, pois, no ano de 2014, o setor privado gastou 54% das despesas totais em saúde no país para atender apenas 25% da população, já o SUS, gastou 46% das despesas totais em saúde para atender 75% da população, sem contar que dentro desses gastos inclui medicamentos gratuitos, vacinas, insulina, cuidados multiprofissionais, entre outras coisas.

Com efeito, é fácil perceber que economicamente o governo não tem condições de custear uma cobertura da população com planos privados de saúde, levando em conta que para incluir metade da população desses serviços seria necessário gastar todo o recurso financeiro destinado ao SUS. Portanto, este tipo de proposta é inviável, visto que além de ser muito mais cara para cobrir apenas a metade da população, por esse fator o sistema teria sua qualidade e efetividade comprometida.

Também é válida a comparação de como se dá a efetividade do tratamento de doenças de alta complexidade, que, portanto exigem mais gastos como câncer, diabetes, saúde mental e doenças transmissíveis (tuberculose, sífilis, HIV-AIDS, hepatites virais etc.). As estratégias e políticas que apareceram recentemente na saúde pública são copiadas em certa medida pela iniciativa privada da saúde. Exemplifica-se nos casos da Clínica Ampliada e classificação de risco.

Não obstante, os nós críticos do SUS estão relacionados, principalmente, à alta burocratização do SUS, dificuldades na regulação, sucateamento causado pelo constante subfinanciamento e a não implementação das deliberações de conferências de saúde por parte dos gestores. Soma-se a este contexto, a rivalidade político-partidária entre as três esferas de governo.

Isto porque, o Ministério da Saúde fica responsável por grande parte do orçamento, tendo a função de distribuí-lo para os estados e municípios, tendo suas projeções, conforme as cotas que recebe só podendo os estados e municípios ganharem esse orçamento se cumprirem com as exigências do governo federal. Sendo assim, a gestão colegiada bipartite e tripartite se esforçam para conseguir integrar todas essas esferas, o que é de extrema importância, mas não suficiente para uma total integração que assegure todos princípios e diretrizes do SUS.

Segundo Campos (2017), a segunda dimensão dessa subdivisão excessiva no SUS é o fato dele sempre precisar do setor privado para realizar algo que é de sua competência, sobretudo da parte ambulatorial e emergencial. Isso faz com que seja formado um sistema de compras enorme e desnecessário por meio do estabelecimento de contratos e convênios, tornando o desperdício de recursos financeiros muito mais alto na saúde pública. Não obstante, cabe destacar que o problema maior não é exatamente o tamanho do sistema de compras, mas sim como se dão em geral, os processos de gestão, compra / licitação, ou seja, de forma ineficiente.

O governo federal não obteve uma regularização que conseguisse estruturar junto com o SUS essa série de hospitais filantrópicos e privados, da mesma forma acontece com os hospitais universitários seja de qualquer esfera de governo, mesmo não sendo privado. E isso piora ainda mais com a chegada em massa das OSS, que são legais, porém vêm contribuindo extremamente para o sucateamento do SUS, a partir da terceirização da gestão dos serviços públicos, dispensando licitação para sua contratação, o que facilita a corrupção.

Já a terceira dimensão, segundo Campos (idem), é a não integração das áreas de atenção do SUS, como hospitais, Atenção Básica, urgência, pronto-atendimento, entre outras. A partir do momento em que o SUS foi criado e suas políticas foram sendo implementadas, estas não foram fundamentadas inicialmente, com prioridade nas localidades, e sim em temas específicos, como doenças sexualmente transmissíveis, saúde mental, entre outros. Portanto, o SUS tem inúmeros avanços, mas precisa melhorar muito em relação à efetivação do direito à saúde.

Na Introdução foram discutidos os diferentes sistemas públicos de saúde adotados no mundo ocidental, o que nos ajuda a entender o objetivo de cada sistema e como se comportam nos países que os adotam. Contudo, é inevitável nos dias de hoje a inserção do setor privado dentro desses sistemas, e para entendermos melhor como se dá esse *mix* público-privado é preciso entender cada tipo de sistema privado e como se insere no próprio SUS.

Santos et al (2008) mostram que é quase impossível encontrar um sistema de saúde que esteja exclusivamente dentro de um dos três sistemas clássicos mencionados anteriormente, ou seja, o sistema de assistência não teria só a iniciativa privada, o de seguridade não seria completamente estatal e com apenas o financiamento vindo do setor público e, o de seguro social não teria apenas o

investimento das contribuições para a previdência social. Portanto, é correto afirmar a ampla existência de sistemas de saúde que são mesclados de princípios tanto do setor público quanto do privado, tanto em relação à forma de financiamento quanto à própria prestação de serviços.

É importante notar que a forma como cada um desses sistemas se comportam em cada país (tanto público, privado, ou o próprio *mix* entre eles) se dá a partir de um processo histórico particular. No Brasil, por exemplo, apesar de ter existido o Movimento de Reforma Sanitária e a Constituição Federal de 1988, que define a saúde como pública e estatal, antes da criação do SUS já existia uma forte iniciativa privada no país, tanto por parte de planos de saúde, quanto na prestação de serviços privados. O *mix* público-privado é nada menos do que uma herança histórica. Como afirmam Santos et al:

Deve-se observar, entretanto, que o formato final desses sistemas resulta da própria história da construção dos mesmos. No que diz respeito ao caso brasileiro, o processo iniciado pelo movimento da reforma sanitária, que culminou com as teses defendidas e aprovadas na VIIIª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, resultou na Constituição Federal de 1988, na opção por um modelo inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e integral. Entretanto, na realidade, já existia um setor privado robusto, tanto no campo da prestação de serviços (com um parque hospitalar predominantemente privado), como no que tange ao asseguramento privado (por meio de seguradoras e operadoras de planos privados de saúde, que detêm nada menos que 45,9 milhões de clientes (março de 2007) (2008, p. 1432).

Santos et al (idem) defendem que é importante para o entendimento do Sistema Único de Saúde observar como os sistemas de saúde nacionais existentes podem ser classificados, a partir de sua integração ou não com o seguro privado: substitutivo; complementar; primário; e, suplementar.

Quando se precisa escolher entre o sistema público e o privado, podemos afirmar que o sistema é substitutivo e um exemplo desse sistema seria o da Alemanha. O sistema de saúde é complementar quando o Estado não cobre certos tipos de serviço e o indivíduo precisa adquirir o seguro privado para complementar esses serviços que o Estado não oferece. Quando o Estado cobre um serviço de forma parcial, o sistema trabalha com a forma de copagamento, como é o caso da França. O setor privado na saúde é considerado um sistema primário quando ele é o principal componente dentro do sistema de saúde, como acontece nos Estados Unidos, por exemplo.

Por sua vez, o sistema de saúde suplementar se dá quando o setor privado na saúde oferece serviços já cobertos pelo sistema público, fazendo com que a cobertura dos serviços seja duplicada. Contudo, também pode ocorrer desse setor oferecer serviços “a mais”, como por exemplo, acesso aos serviços de saúde de forma mais rápida do que no setor público ou hotelaria diferenciada. Nesse sistema, pode também ocorrer de serem oferecidos serviços que não são cobertos pelo setor público

como cirurgias estéticas.

Os problemas que esse sistema duplicado causa estão relacionados à questão da desigualdade, pois os que não têm acesso aos serviços privados podem ter menos oportunidades do que os que podem pagar, e também no tocante ao gasto do orçamento público que é infinitamente superior, à medida que o Estado custeia duas vezes o mesmo serviço, mediante subsídios, isenções fiscais e da dupla-porta. Com efeito, a própria definição de complementar confirma o quanto o setor privado cresce dentro do SUS de forma gradual, contradizendo seus próprios princípios e diretrizes, tais como a integralidade e universalidade.

Santos et al (ibidem) com o intuito de demonstrar as desigualdades presentes nas ofertas de serviços de saúde no Brasil (um país caracterizado pelo sistema de saúde complementar, no qual tanto a prestação de serviços, quanto a cobertura dos mesmos são duplicadas) fizeram diversas comparações entre as ofertas de serviços do SUS e da rede privada de seguros de saúde. O trecho destacado abaixo ilustra esta afirmativa.

Deve-se destacar que a fonte de informação utilizada apresenta limitações importantes que já foram apontadas na análise efetuada por Viacava e Bahia em relação à AMS/IBGE de 1999, e que se mantêm na de 2005. Como afirmam os autores, a pesquisa exclui os consultórios médicos particulares que representam a principal oferta ambulatorial dos planos e seguros privados de saúde. Tampouco é possível estimar qual é a parcela exata da oferta de propriedade privada prestadora de serviços concomitantemente ao SUS e aos planos e seguros de saúde, que se destina a cada clientela. Ainda sim, é possível efetuar importantes considerações em relação à oferta disponível de serviços de saúde no Brasil (SANTOS et al, 2017, p. 1434).

Santos et al (2008) afirmam que 62% dos locais que possuem internação e 68% dos leitos do Brasil são de propriedade privada, ou seja, mais da metade da oferta de serviços hospitalares. Já 92% das unidades prestadoras de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) também são de propriedade privada. De outro modo, 78% das unidades ambulatoriais são domínio do Estado, o que é a maior parte. Essas informações são referentes a oferta de serviços que possuem tanto o setor público quanto o setor privado, contudo, não mostram a oferta beneficiada por cada usuário de saúde, seja um usuário do SUS ou um possuidor de planos privados. Pode-se constatar, portanto, que pelo fato da maior parte da oferta pertencer ao setor privado, o próprio Estado paga por parte desses serviços para SUS, conforme sinalizado a seguir.

Segundo a AMS/IBGE de 2005, no Brasil, 69% dos estabelecimentos privados que contam com internação e 65% dos leitos privados são contratados pelo SUS. Entrando, como foi mencionado, esses estabelecimentos também estão contratados pelos planos e seguros privados de saúde (SANTOS et al, 2008, p. 1434).

A pesquisa feita por Santos et al (2008) teve a finalidade de demonstrar os contrastes presentes na oferta de serviços para os usuários que usufruem o sistema de saúde da esfera pública e privada. Para isso, foram considerados como oferta da esfera pública os leitos e equipamentos, que mesmo sendo contratados do setor privado para o SUS, sejam de domínio do Estado, e as ofertas de esfera privada todas as que não estejam contratadas pelos SUS. Fez-se então, uma superestimativa da oferta de esfera pública e uma subestimação da privada, sabendo que os serviços privados que são oferecidos ao SUS também são ofertados para os seguros, planos de saúde e também para compra individual. E também é importante constar que na realidade, leitos que deveriam estar no SUS estão sendo utilizados pelos usuários do setor privado.

Ainda de acordo com as autoras supracitadas, a oferta superestimada de leitos de domínio do SUS é de 1,81/1000 habitantes e a oferta subestimada para usuários do sistema privado é de 2,90 leitos/1000 habitantes. É importante destacar que se forem contabilizados como usuários do SUS apenas quem não possui convênio privados de saúde, a oferta de leitos é inferior a do sistema privado, sendo 2,24 leitos/1000 habitantes. Isso mostra o quanto a oferta privada dispara em relação à oferta pública, causando uma imensa desigualdade entre as esferas.

O SUS foi a conquista mais expressiva do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, mas a luta desse Movimento não se restringe unicamente ao SUS, embora essa tenha sido sua maior vitória. A própria promulgação da Constituição Federal de 1988 foi considerada outra grande vitória do Movimento Sanitarista na luta pelo direito à saúde pública e universal.

Houve uma brecha na Constituição Federal de 1988 para a atuação da iniciativa privada, gerando ao longo dos anos um grave processo de privatização do SUS, também por meio das OSS.

Borges et al (2012) afirma que o Conselho dos Secretários de Estado de Saúde mostra que desde a década de 1970 existe uma crítica de cunho neoliberal sobre a eficiência da gestão dos hospitais públicos, e que a solução seria a abertura para o setor privado poder atuar mais nas decisões administrativas. Desta forma, houve nesse período a inserção contínua de empresas terceirizadas para fazer papéis de suporte nos hospitais, como limpeza, informática e cozinha, além de serviços médicos como de anestesia e a gestão dos mesmos para entidades sem-fins lucrativos. Sendo assim, são criadas como alternativas privadas de prestação de serviços para o Estado as Organizações Sociais (OS), em 1998, e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

De acordo com Borges et al (2012), o Conselho dos Secretários de Estado de Saúde define que as OS são instituições para o benefício da sociedade de interesse público, a qual não possuem fins lucrativos, tendo serviços na área da saúde, cultura, meio ambiente, preservação, proteção, ensino, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico. Desta forma, o Estado autoriza a prestação de serviços de uma instituição privada que não possua fins lucrativos, denominada OS para cumprir

serviços que o Estado não consegue cumprir. Ainda que o Estado transmita suas atividades para terceiros, seu patrimônio obtido para tais atividades continua sendo de sua posse, fazendo com que a OS mesmo que não possua o bem, usufrua dele.

No entanto, as OSCIPS são ONGs legitimadas pelo Ministério da Justiça com o intuito de parcerias com o poder público para promover determinadas práticas do Estado, como a realização de projetos e a administração de recursos humanos. Em oposição às OS, nas OSCIPs, não lhes é concedido estabelecimentos públicas, como por exemplo um hospital, porém, podem haver parcerias para a realização de certas atividades hospitalares, como por exemplo, contratação de médicos e terceirização de serviços ou profissionais de apoio administrativo. São firmados nestes casos, termos de parceria, onde metas são designadas como atendimentos, procedimentos e outros. Tais parcerias com o poder público e a entidade de direito privado sem fins lucrativos possuem um percentual de valor referente à administração.

Borges et al (idem) afirmam que as que a forma jurídica em que as OSS atuam são de um avançado nível de privatização da saúde, pelo fato de todos os deveres administrativos do Estado serem passados para uma entidade privada.

Borges et al (ibidem) mostram que o Conselho dos Secretários de Estado de Saúde diz que o funcionamento das OSS se dá através de um contrato entre a gestão do SUS e uma entidade privada, conforme a lei federal 9.637, de 1998. O hospital é público, contudo, a administração do mesmo é privada, ou seja, o governo mantém a instituição pública, porém repassa a administração para o setor privado. Quando uma entidade privada é identificada como uma OSS, ela passa a receber orçamentos do governo, administrar esse orçamento concedido e determinar o quadro de funcionários. O regime adotado para a tais funcionários é o da consolidação das leis do trabalho (CLT), sem estabilidade empregatícia e nem aposentadoria como a do serviço público.

As OSS representam uma estratégia contemporânea de privatização do SUS (privatização não-clássica). Nas OSS, o profissional de saúde tem salário maior do que na rede pública em geral, porém há uma alta rotatividade, por se trabalhar muitas horas com regime massacrante de cumprimento de metas. Há um alto risco de corrupção, pois não precisa de licitação para compra de produtos e serviços, visto que só no município do Rio de Janeiro, oito de dez OSS são investigadas por suspeita de práticas ilícitas<sup>5</sup>. Recurso público mal empregado, pois os governos retiram dinheiro da saúde pública, que vai para o setor privado, ao invés de ir diretamente para o SUS (grande parte dos recursos financeiros destinados à saúde pública pagam prestadores de serviços privados,

---

<sup>5</sup> De acordo com a reportagem do Jornal O Globo - “**Das dez OSS que operam no município, oito são estão sob investigação**”. Link: <https://oglobo.globo.com/rio/das-dez-oss-que-operam-no-municipio-oito-estao-sob-investigacao-18494571>. Data de acesso: 30 out 2017.

principalmente relacionados à chamada “dupla-porta”).

Cumprir destacar, que os sindicatos foram fundamentais no processo de redemocratização brasileira, com atuação extremamente importante no processo de elaboração da Constituição Federal de 1988. Mas, a visão dos sindicatos da saúde como um direito trabalhista ainda é muito forte. Muitos são os sindicatos que defendem o SUS e a saúde como direito social, apesar de reivindicarem e contratarem planos de saúde para os seus filiados. Esse é um grande desafio e contradição, porque em vez dos sindicatos unirem forças para a melhoria no SUS também contratam planos de saúde, o que prejudica diretamente a ampliação e melhoria do SUS.

Então, é necessário que os trabalhadores e os sindicatos e toda a população lute por uma saúde pública e de qualidade reforçando a ideia de que saúde é um direito e não, uma mercadoria que precisa ser comprada no mercado.

Compreende-se que, este estudo acerca da relação público-privada na saúde brasileira poderá contribuir na luta por um SUS público-estatal de qualidade.

Outra forma de privatização é o subfinanciamento do SUS, a qual resulta numa estratégia do capitalismo, na qual o Estado sucateia os serviços públicos para fazer com que para o setor privado seja identificado como uma solução.

Percebemos assim, que não basta garantir acesso universal, mas é preciso pensar na qualidade desse acesso, como também na referência e contrarreferência, integralidade e equidade. Estes são um dos grandes desafios para assegurar que o SUS seja público-estatal.

Mesmo com todas as dificuldades existentes, vêm sendo vivenciadas estratégias governamentais como maior ou menor eficácia social, como a descentralização e a Estratégia Saúde da Família. Vale mencionar, que a ESF vem sofrendo recentemente um ataque direto das forças econômicas e diretamente do Ministério da Saúde, em razão da aprovação da revisão da Política Nacional de Atenção Básica, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a qual opera na lógica liberal de “carteira de serviços”, pretendendo desfigurar por completo a ESF.

Contudo, a descrença da população em ver no SUS, um sistema universal e igualitário acaba reforçando a busca por serviços da saúde privada. A privatização do SUS resulta na precarização do trabalho, fazendo com que os trabalhadores não tenham estabilidade financeira. É um recurso mal gasta, pois o governo paga mais caro no caso da terceirização, do que contratando funcionários públicos por concursos públicos.

No caso da gestão do trabalho, os trabalhadores são regidos por um sistema de metas, fazendo com que pensem de forma alienada em vez de humanizada, em relação aos usuários. Como afirmam Souza e Costa (2010, p. 513): “Não obstante, a precarização do trabalho desagrada os profissionais da rede que, por diversas razões, não recebem salários justos, não têm vínculos empregatícios nem

direitos trabalhistas.”

Com a vinda de novas presidências na história do Brasil, é clara a abertura cada vez maior do setor privado no SUS, promovendo o sucateamento do mesmo e conseqüentemente seu retrocesso.

## 6. Considerações Finais

A partir do estudo feito é possível perceber que as conseqüências da relação público-privada no SUS são, principalmente, o retrocesso contínuo do mesmo, além da piora das condições de trabalho para os profissionais dessa área.

Quanto mais o setor privado entra na saúde pública, menos o sistema é universal e igualitário, atendendo aos interesses apenas da elite. Os retrocessos podem ser tão grandes, dependendo da inserção do setor privado no SUS, que é imensurável a dimensão dessas conseqüências, ou seja, não é possível medir, o quanto essas conseqüências podem prejudicar o Sistema Único de Saúde.

Outra questão é o fato do Estado dar liberdade para essa abertura do setor privado, o que quer dizer que enquanto o Estado defender os interesses privados, a saúde nunca será 100% estatal. O Estado anda de mãos dadas com o setor privado, portanto, não adianta responsabilizar apenas nas empresas privadas, se o Estado permite que elas cumpram um papel que era dele e que é sim possível de cumprir.

O governo pode produzir seus próprios remédios, ter seus próprios hospitais e profissionais de saúde, financiar ensino e pesquisa no ramo da saúde pública, porém é visível a luta de classes dentro do próprio Estado, onde a hegemonia está na defesa por uma saúde como uma mercadoria, e não como um direito.

O SUS não vai acabar pelo fato do setor privado ter interesse nele, a partir do momento em que lucra com ele. Mas, se não lutarmos por uma estatização real do sistema, o SUS vai se tornar cada vez mais dominado pelo mercado e não regido pelo Estado.

A luta precisa ser constante, a cada artigo, cada tese de doutorado, cada manifestação na rua. Todas as formas de luta são necessárias para um bem comum, e quem sabe um dia, veremos um SUS completamente do Estado e que não defenda os interesses privados. E dessa forma, termino com a frase que temos que ter em mente todos os dias: **“A nossa luta é todo dia, saúde não é mercadoria!”**.

## 7. Referências

BORGES, Fabiano Tonaco; GARBIN, Cléa Adas Saliba; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; SIQUEIRA, Eduardo. Anatomia da privatização neoliberal do SUS: O papel das organizações sociais de saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BRASIL. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 19 de set. de 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 28 de dezembro. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Estratégias para consolidação do SUS e do direito à saúde. Ensaio & Diálogos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, revista 3, março, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RIZZOTO, Maria Lúcia Frizon e CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no Século XXI. Saúde Soc., São Paulo, v.25, n. 2, p. 263-276, 2016.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Sílvia Marta Porto. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5): 1431:1440, 2008.

SCLIAR, Moacir. História do conceito de saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo e COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.