



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Bahia, Lígia

O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação  
subsidiada

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 3, junio, 2009, pp. 753-762

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013535011>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada

The Brazilian health system between norms and facts:  
mitigated universalization and subsidized stratification

Lígia Bahia<sup>1</sup>

**Abstract** *This paper will focus on recent changes in the relationships between the public and the private sector within the health assistance network, by analyzing selected information on health services and on legal rules related to supporting the private assistance subsystem. This approach recasts analyses which articulate the simultaneous examination of both the material and political instances that permanently redefine the range of activity of SUS. Considering the limitations of the empirical bases here analyzed, one questions the implied assumptions in the meanings of autonomy sustained both in the public and in the private components, departing from hypotheses on the delineation of independent tendencies toward the expansion of universal coverage and the reclassification of supply and demand.*

**Key words** *Brazilian Health System, Relationships between the public and the private, Restrification of supply and demand*

**Resumo** *As recentes mudanças nas relações entre o público e o privado na rede assistencial são enfocadas com base na análise de informações selecionadas sobre serviços de saúde e normas legais relacionadas com o suporte ao subsistema assistencial privado. Essa abordagem retoma as análises que articulam o exame simultâneo das bases materiais e políticas que redefinem permanentemente o âmbito de atuação do SUS. Considerando os limites de abrangência das bases empíricas analisadas, questiona-se os pressupostos subjacentes às acepções de autonomia dos componentes público e privado, a partir das hipóteses sobre o delineamento de tendências interdependentes de expansão de coberturas universais e reestrificação da oferta e demanda.*

**Palavras-chave** *Sistema de saúde brasileiro, Relações entre o público e o privado, Reestrificação da oferta e demanda*

---

<sup>1</sup> Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva,  
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av.  
Brigadeiro Trompovsky s/n, Hospital Universitário/  
5º andar, Cidade Universitária. 21941-590  
Rio de Janeiro RJ.  
ligiabahia@terra.com.br

## Introdução

Muitos dos estudos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), sejam os que enfatizam suas demandas, sejam os atinentes a características da oferta ou ainda aqueles voltados a dissecar funções e a vertebração institucional das relações intra e intergovernamental de sua arquitetura, sublinham os avanços e os impasses na intensidade e velocidade da implementação do direito universal à saúde. Em termos muito gerais, pode-se dizer que parte significativa dessas reflexões toma como ponto de partida constatações, geradas pelas ciências políticas e pela economia, sobre os problemas envolvidos com a extensão da democracia da esfera política para a social<sup>1</sup>. Esses referenciais inspiram as reflexões sobre o sistema de saúde brasileiro fundamentadas no reconhecimento do papel ora principal ora coadjuvante das políticas sociais para a redução das desigualdades<sup>2</sup>. Tais aportes emolduram análises potentes e diversificadas das políticas nacionais de saúde.

Contudo, os usos e rebatimentos desse vasto repertório interpretativo não se disseminaram homogeneamente. Após vinte anos, a ampliação do espectro de participantes do debate sobre os rumos da política de saúde, as concepções e, sobretudo, as expectativas sobre o SUS, cederam vez, se não a novas versões, pelo menos a interpretações remodeladas a respeito do hiato entre o direito à saúde enunciado pela Constituição de 1988 e o efetivado.

Hoje, os modelos explicativos mais complexos a respeito dos conflitos e interesses que circunscrevem as políticas de saúde convivem com formulações impregnadas de forte teor prescritivo. Dessas últimas, derivam pares de diagnóstico-prognóstico do SUS, que, apenas para fins de facilitar a exposição, poderiam ser dispostos num gradiente. No pólo otimista, localizar-se-iam as avaliações pautadas pela “revolução” político-institucional já plasmada pelo SUS. O pólo pessimista agruparia aquelas baseadas na crítica dos déficits de acesso, cobertura e utilização de serviços do SUS e na noção do baixo impacto da participação de quadros progressistas nas sucessivas administrações de instituições públicas da saúde. Esses últimos condicionam a garantia do direito à saúde a uma futura revolução socialista. Entre esses extremos, caracterizados ambos pela primazia concedida ao conceito de “revolução”, encontram-se inúmeras ponderações ancoradas nas categorias processo e reforma que relativizam os avanços e impasses do SUS.

Os enquadramentos excessivamente valorativos do SUS são facilmente identificáveis nas asser-

tivas: o SUS é o melhor sistema de saúde do mundo<sup>3</sup>; o capitalismo é incompatível com o direito à saúde<sup>4</sup>. Trata-se de enfoques bastante distintos sobre a mesma realidade, mas similares no que diz respeito ao apagamento da dimensão temporal e dos movimentos contraditórios e multifacetados da construção da reforma sanitária brasileira. Compartilham uma mesma fórmula: o atenuamento das tensões ou, simetricamente, a atribuição genérica das singularidades da saúde às contradições estruturais entre capital e trabalho. Já as abordagens ancoradas nas noções de processo de construção do SUS procuram captar as alterações conjunturais, os encaixes entre os processos de mudanças com os padrões estruturais de desenvolvimento econômico e social.

Convém esclarecer que a popularidade dessas acepções é bastante heterogênea. A premissa sobre a pouca maturação do SUS, seus avanços incrementais, possui muitos adeptos entre técnicos, autoridades governamentais e entidades da sociedade civil, envolvidas com instâncias executoras das políticas públicas de saúde. Enquanto que os pressupostos explicitamente otimistas ou pessimistas circulam precipuamente em ambientes cuja densidade de político-partidária condensa-se em defesas contra ou a favor dos governos e governantes.

Considerando que a não inclusão de determinados fatores e parâmetros do debate sobre os limites e perspectivas do SUS pode conformar uma barreira bastante impermeável ao entendimento sobre a dinâmica dos processos decisórios e suas respectivas expressões normativas, é preciso retomar as abordagens que admitem e buscam desvelar convergências entre os fatos e as normas. Sob esse foco, a ênfase recai no exame das mudanças na organização das demandas, oferta de serviços de saúde, financiamento e suportes legais que redefinem permanentemente a abrangência do SUS.

Está suficientemente decantado o conhecimento sobre a desproporção entre gastos públicos e suas consequências para o contingenciamento do acesso e utilização universal dos serviços de saúde. O padrão estratificado e iníquo que ainda caracteriza a produção e a distribuição de ações e cuidados de saúde foi recentemente reafirmado pelas estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As despesas do governo com saúde, entre 2000 e 2005, corresponderam a cerca de 3,2% do PIB, enquanto as oriundas de fontes privadas atingiram aproximadamente 4,8%<sup>5</sup>.

A problematização da oposição entre os ganhos de cobertura e equidade no acesso aos serviços de saúde e a restrição dos gastos públicos para atenção universal à saúde vêm sendo objeto de diversos

estudos da área de saúde coletiva. Nesse mesmo sentido, o de envidar esforços para aprofundar o conhecimento sobre as relações entre as bases materiais e a geração das políticas de saúde, o presente trabalho enfoca as atuais tendências de crescimento/retração dos subsistemas público e privado.

A primeira parte do artigo concentra-se em torno da evolução recente do componente privado do sistema de saúde brasileiro. A constatação sobre as irregularidades da expansão do subsistema privado orienta um breve levantamento e análise de leis e normas relacionadas com sua preservação e expansão. A seguir, as mudanças na natureza das agendas e dinâmica de representação de interesses são sinteticamente apresentadas e interrogadas. Esse percurso conduz às hipóteses, apresentadas na terceira parte do trabalho, sobre recentes mudanças nas relações entre o público e o privado no âmbito do sistema assistencial brasileiro.

### **Apontamentos sobre a evolução do componente privado no sistema de saúde brasileiro pós Constituição de 1988**

O artigo 199 da Constituição de 1988 estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e dedica seus parágrafos à regulação das relações entre o público e o privado no sistema de saúde. O §1º modula a participação das instituições privadas no SUS. Os §2º e o §3º vedam a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos e participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde. E o §4º proíbe a comercialização de órgãos, sangue e seus derivados. A inclusão desses preceitos no texto constitucional expressa uma tentativa, ainda que precária, de conciliação dos embates sobre caráter público-privado dos estabelecimentos de saúde<sup>6</sup>.

Os efeitos práticos dessas diretrizes constitucionais foram, até o momento, heterogêneos. Logo após sua promulgação, em meio às polêmicas sobre a estatização imediata ou em médio prazo dos hospitais privados e dos imensos esforços para regulamentá-la, a legislação tributária foi alterada para autorizar a dedução do imposto de renda das despesas com médico e seguros privados de saúde e ampliar os limites de desconto da base de cálculo<sup>7</sup>.

Desde então, a emissão de políticas de estímulo à aquisição de planos e seguros privados de saúde e incentivos à oferta privada de serviços de saúde cursa *pari passu* aos esforços de implementação do SUS. Essas políticas públicas com sinais contrários têm sido debitadas na conta da fragilidade da ci-

dadania<sup>8</sup> ou natureza do sistema de governo e capacidade de representação do Poder Legislativo<sup>9</sup>. Recorre-se ainda à natureza do jogo democrático e seus resultados incertos<sup>1</sup> para explicar a convivência entre atores sociais e projetos divergentes<sup>10</sup>.

Projetam-se desse pano de fundo interpretações bastante esquemáticas a respeito das tendências de publicização/privatização do sistema de saúde brasileiro. Diante das trajetórias tortuosas do SUS, parte de seus defensores supõe que basta aos agentes privados manter suas posições sociais privilegiadas para executar seus projetos societários. Essa percepção encontra ressonância no discurso dos próprios representantes dos segmentos privados que difundem ativamente suas demandas pela desregulamentação da intervenção governamental. Mas não foram poucas, nem óbvias, as transformações na base física, na organização das demandas e volume e destino de recursos financeiros para o subsistema privado e tampouco na legislação que as legitimou.

Por um lado, a capacidade instalada e a utilização de serviços do subsistema público se expandiram. Entre 1988 e 2005, o crescimento dos estabelecimentos públicos com internação foi superior a dos privados (49,59% e 23,34%, respectivamente)<sup>11,12</sup>. E a participação dos prestadores de serviços públicos no destino dos recursos federais elevou-se continuamente (39% em 1987, 37% em 1997 e 47% em 2007)<sup>13</sup>. No que se refere às coberturas, registrou-se o aumento absoluto do número de brasileiros vinculados a planos e seguros privados de saúde no período 1998 a 2003, mas a proporção manteve-se inalterada. Por isso, o crescimento do uso de serviços de saúde (71,2% em 1998 e 80% em 2003) e da proporção de pessoas que realizaram pelo menos uma consulta médica (54,7% em 1998 e 62,8% em 2003)<sup>14</sup> sugere a expansão da cobertura pública. Não se poderia ainda deixar de consignar o incremento de procedimentos como hemodiálise que se tornaram universalmente acessíveis (7,17 sessões por 1.000 habitantes em 1987 e 52 em 2007)<sup>15,16</sup>.

Por outro lado, o volume de recursos federais para saúde reduziu-se dramaticamente no intervalo 1987-1997 (considerando valores corrigidos pelo IPC-A, em 1987, as despesas assistenciais do INAMPS foram da ordem de 50 bilhões; em 1997, esses gastos efetuados pelo Ministério da Saúde corresponderam a aproximadamente 13 bilhões e, em 2007, cerca de 19 bilhões)<sup>16,17</sup>. Adicionalmente, não se detectou sinais de universalização da utilização e oferta de determinados equipamentos. Em 1999, menos de 20% do total de equipamentos de mamografia eram públicos. Havia 0,4 mamógra-

fos por cem mil habitantes na Região Norte e 1,7 na Sudeste<sup>18</sup>. Em 2005, a maior parte desses aparelhos (cerca de 85%) permaneceu sob a esfera privada. E a sutil desconcentração territorial dos mamógrafos (0,8 equipamentos por cem mil habitantes na Região Norte e 2,2 na Sudeste) não fornece indícios de reversão da disparidade distributiva<sup>19</sup>.

À primeira vista, as tendências expansionistas do SUS não são opostas à intensificação da privatização do financiamento e provisão de serviços de saúde. O não questionamento dos incrementos simultâneos ou pelo menos sequenciais e autônomos do público e do privado deixa pouca margem à visibilidade das tendências retracionistas e interacionistas. De fato, o reconhecimento de contradições e, sobretudo, das relações e intermediações entre ambos os subsistemas é pouco atraente, tanto para os setores progressistas que se vêem permanentemente instados a blindar o SUS das ferozes críticas a seus limites, quanto para segmentos empresariais, que se comprazem com o crescimento de seus investimentos.

Mas é exatamente o deciframento do complexo processo de complementaridade público-privada que possibilita a elaboração de análises mais realistas das mudanças nas bases de produção e representação de interesses do sistema de saúde. Ao se levar em conta os padrões e as mudanças na divisão e superposição de âmbitos de atuação e as correspondências entre a segmentação estratificada da oferta e da demanda, destacam-se duas relevantes dimensões dos fluxos financeiros assistenciais público-privado.

A primeira dimensão refere-se aos encaixes entre financiamento, oferta e demanda de serviços públicos e privados. A concentração das clientelas de planos e seguros privados de saúde nas regiões sul e sudeste e os diferenciais assistenciais que as acompanham irrigam permanentemente o solo no qual as desigualdades de utilização de serviços e gastos com saúde deitam raízes. As demandas por planos e seguros privados de saúde, localizadas em determinadas cidades e bairros, e a formação de fundos financeiros administrados por empresas e entidades privadas conformam um vetor financeiro-assistencial de sentido e direção contrários à equidade.

O Brasil destina pelo menos duas vezes mais recursos financeiros para quem está vinculado aos planos e seguros de saúde do que para as ações universais (cerca de 740,00 e 350,00 em 2004)<sup>19</sup>. A distância entre esses valores aumenta se computadas apenas as despesas assistenciais. Em 2007, enquanto as empresas comerciais de planos e seguros de saúde comerciais revertem 81% do total

de seu faturamento para a remuneração de serviços médicos e hospitalares<sup>20</sup>, a proporção das despesas com atenção básica, ambulatorial e hospitalar representou 66% dos recursos do orçamento do Ministério da Saúde<sup>17</sup>.

Os diferenciais das receitas refletem-se nos preços de remuneração de serviços adotados. Embora as comparações devam ser relativizadas, em função do volume de procedimentos, pode-se inferir que os preços médios de consultas e internações praticados pelas empresas de planos e seguros de saúde são três a seis vezes superiores aos das instituições públicas. A título de exemplo, o valor médio pago por internação em 2007 pelas empresas de autogestão de planos de saúde associadas à União das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) -R\$ 6.112,45 - foi oito vezes maior do que o praticado para remunerar as internações na rede SUS (R\$ 754,53)<sup>21</sup>.

A segunda dimensão refere-se aos efeitos do volume de recursos e fluxos financeiro-assistenciais público-privado nas bases materiais do trabalho envolvido com a produção de serviços de saúde. Os maiores valores de remuneração dos procedimentos pagos pelas empresas de planos e seguros de saúde costumam ser encarados como a principal razão da atração de clientes e profissionais de saúde atração pelo subsistema privado: aos primeiros propiciariam melhor remuneração e aos segundos, garantia de acesso e qualidade dos serviços. Mas a centralidade das comparações dos preços dos procedimentos relega as dramáticas alterações relações laborais nas organizações privadas e públicas ao segundo plano.

O crescimento de arranjos atípicos como as cooperativas de trabalho e das sociedades civis de profissionais regulamentadas<sup>22</sup> - formas que não configuram relação de emprego - conferem um caráter peculiar aos contratos que regem a produção de ações e serviços de saúde e nutrem os circuitos de privatização. Estabelecimentos de saúde e as empresas de planos e seguros de saúde passaram a realizar contratos empresa-empresa e não com cada profissional de saúde. Na realidade, as "pessoas-jurídicas" e os cooperativados podem apenas recobrir trabalhadores destinados de direitos revestidos de invólucros mais adequados à fragmentação/individualização "curto prazista" e às elisões fiscais. Porém, a exclusão da relação salarial, mesmo quando incidente sobre uma categoria como a médica, que mantém prerrogativas de auto-regulação<sup>22</sup>, libera o caminho para a valorização financeira em detrimento da produtiva. Esses empresários-trabalhadores ampliam a jurisdição de suas atividades, mediante a inclusão individualizada de

novos procedimentos nas tabelas de seus terceiro-pagadores (sejam governos ou empresas de planos e seguros de saúde), integrando processos que desvalorizam o trabalho coletivo e fragmentam o cuidado.

Em síntese, os deslocamentos das relações entre público e privado decorrem dos movimentos de forte expansão da oferta da rede básica e aumento, de menor monta, dos leitos públicos conjugados ao crescimento do financiamento privado e incremento da oferta privada em diagnose e terapia e substituição de leitos hospitalares tradicionais por unidades de terapia intensiva. Tais movimentos, ao lado das mudanças na produção e organização do trabalho nas instituições de saúde, delineiam tendências relativamente recentes e não resultam, em sua totalidade, de efeitos imprevistos ou colaterais. Para evidenciar as mediações políticas relacionadas com as fontes e destino dos recursos para a saúde, o quadro seguinte sintetiza um conjunto selecionado de normas públicas voltadas a subsidiar a oferta e demanda de serviços e planos e seguros privados de saúde.

A legislação brevemente sumariada, apesar de deixar de fora diversos instrumentos legais relacionados com a dedução fiscal para importação de equipamentos e concessão de créditos e empréstimos para o sub-segmento privado, é bastante eloquente. O exemplo mais atual e conspícuo da produção de políticas públicas de suporte ao privado é a iniciativa do Ministério da Saúde de retirar condicionalidades à concessão do certificado de filantropia a um subconjunto de hospitais de “ponta”. Trata-se de uma interpretação do Decreto 5.895 de 2006, voltada a auxiliar os hospitais que não cumprem o preceito do atendimento de pelo menos 20% de pacientes do SUS a manter seus benefícios fiscais. As polêmicas em torno das diligências protecionistas do Ministério da Saúde (por parte de lideranças do movimento sanitário<sup>23</sup> e representantes de hospitais filantrópicos não abrangidos pelos novos critérios<sup>24</sup>) e as contestações da Medida Provisória 446, de 7 de novembro de 2008, que dispõe sobre a certificação das entidades benfeiteiros de assistência social e regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social<sup>25</sup>, fornecem pistas sobre a intrincada regulação que move a reorganização do público e do privado na saúde.

A produção recente de normas que intensificam os fluxos e o volume de recursos públicos para o atendimento da parcela coberta por planos e seguros privados de saúde sinaliza que a existência de imperativos estruturais e restrições gerais à universalização não derrogou a necessidade de legitimar a estratificação. Portanto, essas mudanças não

representam o resultado não-intencional de inúmeras ações espontâneas realizadas por indivíduos; ocorrem sob a liderança de agentes empresariais, governamentais e entidades e associações profissionais.

### **Trocas desiguais: as bases políticas da reestratificação**

A reconfiguração observada no âmbito da estrutura da oferta, produção e consumo de serviços de saúde associa-se com a redefinição do perfil e a composição dos atores sociais e suas estratégias e formas de organização para a ação coletiva. Os conflitos polarizados entre o público e o privado no período pré-SUS foram substituídos por um intrincado jogo de coalizões abertas e móveis disputado em diversas arenas institucionais.

Para Paim<sup>26</sup>, durante o processo de implementação do SUS, houve um deslocamento das bases de sustentação política do movimento sanitário. Após a Constituição, os gestores representados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde assumiram o protagonismo da defesa do SUS. A adoção de uma agenda pragmática por parte de um movimento sanitário ampliado e institucionalizado, no contexto da expansão do neoliberalismo e fragmentação do corporativismo, logrou neutralizar diversas tentativas contrárias ao SUS mas não deteve a implosão da concepção constitucional de Seguridade Social<sup>27</sup>.

No âmbito da organização e representação dos estabelecimentos de saúde privados e empresas de planos e seguros de saúde, as mudanças acompanharam o processo de reestratificação da demanda e oferta. A Federação Brasileira de Hospitais e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo, que durante os debates da Constituição empunharam as bandeiras da defesa do privado, perderam a exclusividade da representação setorial. Nos anos noventa, a criação de novas entidades atende a necessidade de diferenciação de um subconjunto de organizações hospitalares e de planos e seguros de grande porte.

A Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) e o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) foram constituídos em 2001 e 2006, respectivamente. A ANAHP reúne hospitais, em sua maioria filantrópicos, categorizados como primeira linha; valoriza o debate e as ações voltadas ao monitoramento da qualidade e segurança da assistência como a acreditação e sistemas de informações. O IESS, que conta com o suporte financeiro

**Tabela 1.** Legislação selecionada\* relacionada com o apoio à oferta e demanda de serviços e planos e seguros privados de saúde no período pós-Constituição de 1988.

| Governo        | Incentivos à oferta   | Incentivos à demanda   |
|----------------|---|--|
| Sarney         |   | Decreto Lei 7.713 de 1988 (amplia os limites do abatimento do Imposto de Renda com despesas com saúde)   |
| Collor /Itamar | Lei 8620 de 5 de Janeiro de 1993 (desconto e parcelamento de débitos de hospitais contratados ou conveniados com o Instituto Nacional INAMPS)   |  |
| FHC            | Decretos 3.504 de 2000, 4.499 de 2002, 4.327 de 2002 e 4.588 de 2002 (alteração da Lei 8.212 de 1991, flexibilização dos parâmetros para a concessão do certificado de filantropia; introduz alternativas: ou 60% das internações para o SUS, ou aplicação de parte da receita bruta em gratuidade ou classificação do hospital como estratégico para o SUS).<br>Decreto 4.481 de 2002 (redução da prestação de serviços dos sistemas de alta complexidade das entidades filantrópicas destinados ao atendimento universal para 20%)<br>Medida Provisória 2.158-35 de 2001 (deduções da base de cálculo das despesas operacionais e reservas técnicas das contribuições sociais para empresas de planos de saúde)   | Lei 9.527 de 1997 (altera o artigo 230 da Lei 8.122 de 1990 – Regime Jurídico Único ao introduzir a possibilidade de a assistência à saúde do servidor ser realizada mediante contrato)  |
| Lula           | Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal 480 de 2004 (promulga a separação das contas dos serviços de terceiros – entre os quais os médicos e autoriza a dedução de impostos e contribuições sociais para profissionais de cooperativas e associações médicas)Decreto 5.895 de 2006 (introdução de novos critérios para a concessão do certificado de filantropia: oferta de serviços no percentual mínimo de 60% ou realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS nas seguintes áreas de atuação: 1) estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; 2) capacitação de recursos humanos; 3) pesquisas de interesse público em saúde; 4) desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde)<br>- Lei n. 11.345 de 2006 e Decreto 6.187 de 2007 (criação de fonte de recursos –Timemania - parte da arrecadação é enviada para o Fundo Nacional de Saúde e destinada a Santas Casas, entidades hospitalares sem fins econômicos e entidades de reabilitação de portadores de deficiência e parcelamento de débitos tributários)<br>- Lei 10.833 de 2004 (preservação do regime de redução da alíquota da Contribuição de para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) de 7,6% para 3% para estabelecimentos privados de saúde) | Decreto 3.000 de 1999 (atualiza os artigos 17 e 18 da Lei 4506 de 1964 que tratam da isenção do cálculo do rendimento bruto os serviços médicos, pagos, resarcidos ou mantidos pelo empregador em benefício de seus empregados)<br>Lei 9.250 de 2005 (as despesas com saúde passam a ser objeto de dedução integral do Imposto de Renda) |

\* Levantamento incompleto e não sistemático.

Fontes: SICON (Sistema de Informações do Congresso Nacional); <http://www.senado.gov.br/sicon> e SIJUT (Sistema de Informações Jurídico-Tributárias); <http://sijut.fazenda.gov.br/>

das maiores empresas de planos e seguros de saúde, pretende tornar-se um agente promotor da sustentabilidade das empresas de planos e seguros de saúde por meio da produção de conhecimento do setor e informações sobre a assistência suplementar.

A complexificação da representação de interesses no sistema de saúde brasileiro envolve ainda mudanças nas entidades de representação dos profissionais de saúde e dos demais trabalhadores. Parte considerável das agendas das entidades médicas tem sido ocupada com a negociação de valores de procedimentos com empresas de planos e seguros de saúde e em menor medida com as reivindicações de mais recursos financeiros para o SUS.

Outra notável alteração de papéis vem sendo desempenhada por determinadas instituições das três esferas de governo. As proposições de inclusão nos acordos com as entidades de representação de servidores públicos de cobertura de planos e seguros privados confirmam o afastamento da própria burocracia pública da trincheira da luta pela universalização do direito à saúde e a aproximação das entidades de representação de trabalhadores e servidores públicos ao empresariamento privado. Os benefícios transitórios de cobertura alçados ao *status* de lei e as variadas formas de participação de lideranças sindicais de instituições públicas na administração dos fundos para financiá-los redesenha o diagrama público e o privado.

Em função da crescente importância da temática da saúde nos fóruns de debate, negociação e formulação de políticas e nas agendas governamentais, constituíram-se linhas de atuação que articulam blocos de representação ao Executivo e ao Legislativo. A Frente Parlamentar da Saúde (FPS), criada em 1993, consolidou uma agenda reunindo interesses públicos e privados, cujo ponto de contato mais destacado é o estatuto legal e os valores de remuneração dos procedimentos médico-hospitalares das tabelas do Ministério da Saúde e daquela elaborada pela Associação Médica Brasileira, que serve como referência para as empresas de planos e seguros de saúde. O aumento de recursos para o financiamento do subsistema público e privado atraí tanto os pleitos por aumento de recursos para o SUS, quanto os relativos à ampliação das isenções fiscais, créditos e anistias de dívidas para estabelecimentos e prestadores privados e produtores de insumos para os serviços de saúde.

As conexões da FPS com o componente industrial do complexo produtivo e as instituições de ensino e pesquisa com a formulação e execução de políticas conformam uma segunda linha de atuação, cujo exemplo notório é o Seminário Política Nacional de Medicamentos. Esse fórum, pautado

pelo pressuposto da necessidade de ampliar o acesso da população a medicamentos, é patrocinado pela Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica e apoiado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. A ele acorrem estudiosos do tema, autoridades governamentais, entidades de portadores de patologias e de defesa do consumidor.

A terceira linha de atuação da Frente Parlamentar da Saúde prioriza as demandas sociais oriundas do Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, dirigentes do Ministério da Saúde e articula-se torno da garantia e acompanhamento do cumprimento das regras de definição do orçamento federal para a saúde. O 8º Simpósio da Câmara Federal sobre Política Nacional de Saúde, realizado em 2005, foi palco de reflexões sobre a reforma sanitária e o SUS.

Além das pautas conjuntas entre parlamentares e entidades de representação de interesses públicos e privados, os vínculos estabelecidos mediante nomeações intermediadas por partidos políticos da base governista para os cargos do Ministério da Saúde e agências reguladoras estabelecem um fluxo político direto e permanente entre o Legislativo e o Executivo. O Poder Executivo também instituiu novas arenas de articulação de interesses no âmbito do subsistema privado, entre as quais o Fórum Permanente dos Trabalhadores, criado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em agosto de 2008, com o objetivo congregar as centrais sindicais e confederações para “formar e informar os trabalhadores e suas lideranças a respeito de seus direitos no consumo de planos de saúde”<sup>28</sup>.

Não se pode deixar de mencionar ainda que o ativismo do Poder Judiciário e do Ministério Público, recepcionando demandas sociais individualizadas e coletivas, referentes aos problemas de malversação de recursos, descumprimento da legislação para contratação de pessoal pelas instituições de saúde e barreiras de acesso/negação de coberturas de medicamentos e procedimentos médico-hospitalares, conferem-lhe um inegável protagonismo na redefinição da amplitude das políticas de saúde<sup>29</sup>.

Esse inventariamento, apesar de incompleto e focado em mudanças nas bases políticas da representação de interesses assistenciais privados, comprova a vitalidade e renovação das articulações de interesses do mercado e Estado. A decretação do ocaso dos conflitos e a promulgação de uma cidadania normativa não desfazem por passe de mágica o painel de suportes materiais e políticos, que

dinamiza a discriminação e a desigualdade. A aprovação particular dos bens públicos esteve e continua presente na edificação do sistema privado de saúde. As trocas políticas que presidem a estratificação do acesso e utilização de serviços são desiguais. Empenha-se a solidariedade formal ao SUS em troca da obtenção de benefícios concretos no mercado de planos e seguros privados de saúde.

### Considerações finais

Para extrair reflexões da experiência histórica dos vinte anos de SUS, não podemos supor nem que a prática dos movimentos políticos é determinada apenas por quaisquer condições objetivas, nem que as volições são livremente conduzidas, conforme a inclinação conservadora, reformista ou revolucionária de seus integrantes. A revisão permanente dos marcos explicativos, que ofereçam um sentido à ação social, é essencial à análise e (re)formulação das políticas de saúde.

Há indícios mais do que suficientes de que a marcha ascensional dos gastos privados com saúde no Brasil (em 1975, a proporção de gastos privados era 33%<sup>30</sup> e 60% em 2005<sup>5</sup>) não corresponde a aumentos ou reduções uniformes de coberturas, nem expressa a capacidade individual de pagamento da população. Estamos diante de mudanças significativas nas bases materiais e políticas do sistema de saúde brasileiro. A conjugação da expansão e universalização da atenção básica de uma parcela reduzida de procedimentos de alto custo com o incremento da mercadorização da oferta de serviços privados não asfalta a estrada que leva à transformação do direito à saúde em direito de cidadania.

As empresas de planos e seguros privados de saúde ampliaram suas receitas entre 2005 e 2006<sup>20</sup> e revertem a antes anunciada e temida espiral ascendente da “sinistralidade”. Algumas previsões, como por exemplo, a disposição do governo federal de aumentar a base de cobertura e o valor de sua contrapartida para os planos privados de saúde de seus servidores, acima da inflação (R\$ 42,00 até 2006, R\$53,00 até agora e R\$ 72,00 em 2010)<sup>31</sup> sugerem o acentuamento da tendência de aumento das taxas de retorno da atividade. Se, do ponto de vista da dinâmica geral do crescimento econômico, a capitalização da previdência joga contra a elevação do emprego e da renda, em função das interações entre a lucratividade das ações e debêntures e a elevação das taxas de juros, na saúde, a concentração de capital e valorização financeira dos fundos de pré-pagamento, integrados inclusive por fontes públicas, empurra a perspectiva de estabelecer relações

harmônicas entre desenvolvimento social e melhoria da qualidade de vida ladeira abaixo.

O grau de letalidade da financeirização da assistência à saúde para a perspectiva de implementação efetiva do SUS é extremamente controverso, embora a idéia de um sistema de saúde universal, justo e humanizado seja quase unânime. Portanto, a oposição entre estatistas e privatizantes, quando enunciada tão somente em termos abstratos, passa ao largo do debate sobre a natureza e direcionalidade das atuais políticas de regulação. No que diz respeito à magnitude dos fundos coletivos de capitalização, as engrenagens financeiras mobilizadas pela saúde parecem relevantes, uma vez que a previdência privada abrangia, em 2003, menos do 2,5% do total de brasileiros<sup>32</sup>.

O processo, em curso, de reestratificação das demandas e oferta do subsistema privado cristaliza os diferenciais de *status*sócio-ocupacional vigentes a expensas de recursos e políticas públicas. Os dois principais vetores de apoio à reestratificação do acesso e utilização de serviços de saúde são: a destinação exclusiva de parte dos estabelecimentos filantrópicos (os categorizados como de primeiro nível) para determinado perfil de clientela, ou seja, a privatização do filantrópico de alto custo e complexidade e a expansão das coberturas de planos de saúde com um cardápio restrito de serviços (via seleção de prestadores de pequeno porte, verticalização das atividades das empresas de planos de saúde e adoção de co-pagamento) para funcionários públicos e segmentos que ocupam postos de trabalho menos especializados. Essa fragmentação regulada e subsidiada pelo Estado potencializa e retroalimenta a precarização do trabalho nos serviços de saúde.

Uma parte das pretéritas relações hierárquicas das organizações de saúde perdeu o sentido em face aos contratos formais e informais estabelecidos horizontalmente entre empresa-empresa (especialmente hospitais e empresas de planos e seguros com pessoas jurídicas e cooperativas). A inserção empresarial dos profissionais de saúde na rede de serviços ao lado do abismo existente entre o valor previsto para remunerar o trabalho propriamente dito e as comissões informais ou outras formas de apoio individual (como financiamentos de eventos e viagens a congressos científicos) relacionadas com o uso ou prescrição de produtos comerciais, tais como órteses, próteses, medicamentos reflete-se inclusive no perfil da demanda da residência médica<sup>33</sup>.

A mera alusão laudatória ao SUS ou sua condenação sumária ao exílio das utopias nunca realizadas dificultam a detecção e análise das coalizões de interesses que renovam as políticas de saúde, inclusive daquelas voltadas à expansão do subsis-

tema privado. É no mínimo irônico constatar que a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social e o Regime Jurídico Único, criados pela Constituição de 1988 justamente para viabilizar os direitos sociais à saúde, previdência e assistência social, tenham sido adequados aos requerimentos da privatização da saúde.

Sob as tensões da atual crise financeira mundial e seus possíveis impactos sobre a economia brasileira, o debate sobre o público e o privado na saúde adquire novos contornos. A todo o momento, fala-se na necessidade de re-regulamentação. A fragilidade financeira produzida pela erosão das margens de segurança de firmas e bancos, entre os quais se situam grandes seguradoras, põe em xeque os cânones da privatização dos sistemas de proteção social. Os desdobramentos da crise são

incertos, mas as posturas financeiras mais especulativas que embalam a privatização do sistema assistencial de saúde no Brasil estão sob júdice.

Esse contexto, mais favorável à retomada do papel do Estado na condução de políticas de redução dos riscos associados com a exclusão social, estimula a atualização das reflexões sobre as mudanças nas relações de trabalho, nas formas de organização da produção de serviços de saúde. O olhar para o passado perde a capacidade de contribuir para o entendimento do presente, quando a este se atribui a condição de única alternativa de futuro. Temos pela frente o desafio de subsidiar o conhecimento para construir o SUS e a reforma sanitária e, portanto, superar a rejeição e a desconfiança pela política, manifesta sob diversos rótulos, inclusive o da dissociação das relações entre democracia e saúde.

## Referências

1. Przeworski A. *Capitalismo e social-democracia*. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.
2. Salm C. Sobre a recente queda da desigualdade de renda no Brasil: uma leitura crítica In: Paes BR, Foguel, M N, Ulyssea G, organizadores. *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Brasília: IPEA; 2006. p. 279-298.
3. Dau DM. Em defesa do melhor plano de saúde do mundo! Central Única dos Trabalhadores (CUT) [artigo na Internet]. [acessado 2007 abr 4] [cerca de 4 p.]. Disponível em: [http://www.cut.org.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=10196&Itemid=144](http://www.cut.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=10196&Itemid=144)
4. Socialismo versus capitalismo: saúde versus ganância. *Inverta Seminário Comunista - Voz Operária* [artigo na Internet]. 2008 [acessado 2007 abr 4] [cerca de 3 p.]. Disponível em: <http://www.inverta.org/jornal/edicao-impressa/427/juventude/socialismo-versus-capitalismo-saude-versus-ganancia/>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005. *Estudos e Pesquisa, Informação Econômica* 2008; 9.
6. Rodrigues Neto E. Saúde promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
7. Brasil. Lei nº 154 de 25 de novembro de 1947. Altera dispositivos da legislação do Imposto de Renda. *Diário Oficial da União* 1947; 25 nov.
8. O'Donnell G. Teoria democrática e política comparada. *Data* 1999; 42(4):655-690.
9. Palermo V. Como se governa o Brasil? O debate sobre instituições públicas e gestão de governo. *Data* 2000; 43(3):521-557.
10. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Cien Saude Colet* 2007; 12(Supl): 865-1974.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 1988. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 1981 a 1990, Brasil, DATASUS. [acessado 2008 dez 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ams/>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2005. [acessado 2008 dez 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/default.shtml>
13. 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*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde 2003. [Supl PNAD]. [acessado 2008 dez 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtml>
15. Brasil. Instituto Nacional Assistência Médica Previdência Social. *INAMPS em Dados 1987*.
16. Brasil. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Informações de Saúde. Assistência à Saúde. [site da Internet]. [acessado 2008 dez 14]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area>
17. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento e Gestão. *Orçamentos da União exercício financeiro 2009: projeto de lei orçamentária*. Brasília: Ministério do Planejamento/SOF; 2008. v. IV Tomo: 1. [acessado 2008 dez 14]. [cerca de 1.420 p.]. Disponível em: <https://www.portalsof.planejamento.gov.br/sof/2009/ploa2009/V4.pdf>

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 1999. [acessado 2008 dez 14]. Disponível em: [http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Assistencia\\_Medico\\_Sanitaria/1999/](http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Assistencia_Medico_Sanitaria/1999/)
19. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Planos de saúde: nove anos após a Lei 9656*. São Paulo: CREMESP; 2007. [site da Internet]. [acessado 2008 dez 14]. [cerca de 2 p.]. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&tipo\\_pub=P&cod\\_publicacao=36](http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&tipo_pub=P&cod_publicacao=36)
20. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Brasília: ANS; 2008. [acessado 2008 dez 14]. [cerca de 99 p.]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>
21. União Nacional das Empresas de Autogestão em Saúde. *Pesquisa 2007*. São Paulo: UNIDAS; 2007. [acessado 2008 dez 14]. [cerca de 52 p.]. Disponível em: [http://www.unidas.org.br/periodicos/arq\\_periodicos/pesquisa2007.pdf](http://www.unidas.org.br/periodicos/arq_periodicos/pesquisa2007.pdf)
22. Sáculo NG, Carvalho CL, Araújo JF. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados no Brasil In: Barros AFR. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise* v.2. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
23. Brasil. Ministério da Saúde. *Cotidiano Foco deve ser atendimento, diz ex-secretário*. [site da Internet] [acessado 2008 dez 14]. [cerca de 1 p.]. Disponível em: [http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=491%3A\\_foco-deve-ser-atendimento-diz-ex-secretario&catid=30%3Asus-na-midia&Itemid=34](http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=491%3A_foco-deve-ser-atendimento-diz-ex-secretario&catid=30%3Asus-na-midia&Itemid=34)
24. Leite F. Filantropia de hospitais é questionada na Previdência. *O Estado de São Paulo* 2008; Out 29 [periódico da Internet] [acessado 2008 dez 29]. [cerca de 3 p.]. Disponível em: [http://www.estadao.com.br/general/not\\_ger268740,0.htm#comentar](http://www.estadao.com.br/general/not_ger268740,0.htm#comentar)
25. Goes C, Lima M, Suwwan L. Garibaldi ameaça devolver MP que concede anistia fiscal a filantrópicas. *O Globo* 2008 Nov 14 [periódico da Internet] [acessado 2008 nov 14] [cerca de 3p.]. Disponível em: [http://oglobo.globo.com/pais/mat/2008/11/13/garibaldi\\_ameaca\\_devolver\\_mp\\_que\\_concede\\_anistia\\_fiscal\\_filantropicas- 586390194.asp](http://oglobo.globo.com/pais/mat/2008/11/13/garibaldi_ameaca_devolver_mp_que_concede_anistia_fiscal_filantropicas- 586390194.asp)
26. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
27. Viana MLTW. A Reforma da previdência como instrumento de desenvolvimento econômico. In: Morphy L, organizador. *Reforma da Previdência em questão*. Brasília: UNB; 2003.
28. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Trabalhadores criam Fórum Nacional Permanente sobre Saúde Suplementar*. [site da Internet] [acessado 2008 dez 14]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portalv4/site/noticias/noticia\\_25488.asp?secao=Home](http://www.ans.gov.br/portalv4/site/noticias/noticia_25488.asp?secao=Home)
29. Carvalho OER. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. *Rev. Social. Polít.* 2004; 23:115-126.
30. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O Financiamento da Saúde*. Brasília: CONASS; 2007
31. Secretaria de Orçamento Federal. [site da Internet]. Disponível em: [https://www.portalosof.planejamento.gov.br/noticiasSOF/20081103\\_01](https://www.portalosof.planejamento.gov.br/noticiasSOF/20081103_01)
32. Milko M, Stephen JK, Ribeiro JOL. In: Fagnani, EHW, Lúcio CG, organizadores. *Debates Contemporâneos, economia social do trabalho. 4: Previdência Social: como incluir os excluídos?* São Paulo: LTr; 2008.
33. Carro ARL, Araújo ANC, Oliveira Filho NOO, Seixas HA. Residência médica: prioridades do Sistema Único de Saúde que determinam a distribuição de vagas. In: Barros AFR. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise* v.2. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Artigo apresentado em 17/11/2008

Aprovado em 12/01/2009

Versão final apresentada em 05/02/2009