

A verdadeira revolução na Saúde

Ricardo Menezes*

Os Sistemas de Saúde socializados, universais, implantados particularmente em países europeus do início do século passado até a década de 1970, constituíram uma rede de prestação de serviços de saúde nacional e de acesso igualitário, cujos defensores foram os partidos políticos que buscavam a transformação social, o movimento sindical e a intelectualidade progressista.

No Brasil, os constituintes eleitos em 1986, inscreveram na Constituição Federal de 1988, pela primeira vez na história do país, o reconhecimento da saúde como direito social: *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação* (Art. 196).¹

E mais: dispuseram sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) nos seguintes termos: *As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade* (Art. 198).¹

A moldura na qual se inseriram o reconhecimento da saúde como direito social e a criação do SUS, de um lado, era assim enfatizada: *São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros (...)* (Art. 197).¹

De outro lado, inseria-se a saúde no texto constitucional no conjunto integrado de ações denominado Seguridade Social – saúde, previdência e assistência social – (Art. 194), a qual deveria ser financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I) do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro;

II) do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos;

IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (Art. 195).¹

Impõe-se chamar a atenção: antes da criação do SUS o direito a saúde, no que se refere ao seu componente assistencial, era garantido para quem?

Atentem: a) para aqueles que tinham capacidade de pagar através de suas próprias fontes de renda; b) para aqueles que se inseriam no setor formal do mercado de trabalho e suas famílias, aos quais era garantido o acesso a assistência através da previdência social e c) para aqueles que tinham algum tipo de proteção institucional (plano ou seguro de saúde) financiado por ele mesmo, por sua empresa ou por terceiros.

Ou seja, uma grande parcela da população brasileira – que não se inseria no mercado formal de trabalho, não tinha renda para pagar por sua assistência à saúde

ou não tinha nenhuma empresa ou instituição que velasse por sua saúde – poderia acessar aos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde públicos da administração direta (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde) ou contar com a caridade provida pelos hospitais filantrópicos, como as Santas Casas.²

No entanto, tanto os estabelecimentos de saúde públicos da administração direta quanto os hospitais filantrópicos, tinham papel residual na oferta de assistência no país e não eram suficientes para cobrir uma volumosa população de trabalhadores e trabalhadoras do setor informal do mercado de trabalho que vivia nas periferias das grandes regiões metropolitanas, nas pequenas cidades e vilas e nas regiões rurais.^{1 2}

Contudo, a elite brasileira se empenhou em estrangular a implantação do SUS, sonogando-lhe provisão orçamentária. Ilustra-se: no Art. 55 das Disposições Transitórias da Constituição Federal de 1988, os constituintes inscreveram o seguinte: *Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento (30%), no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde.*¹

Mas o poder executivo federal, em particular aqueles dirigentes que ditavam as regras da política econômica do país, descumpriram a disposição constitucional e o sistema entrou em colapso no seu nascedouro – simples assim.¹

Depois, em 1993, novo golpe: os ministros da Fazenda e da Previdência Social deixaram de repassar recursos da previdência social para a Saúde (historicamente, em média, tais repasses giravam em torno de 25% do orçamento previdenciário).

A decisão política predatória da elite contra os interesses da população brasileira salta aos olhos – em especial no decréscimo da participação da União entre 1980 e 2002 – no Quadro ao lado.

Entretanto, não parou aí a nefasta ação social da elite nacional. Como demonstra Nelson Rodrigues dos Santos, professor da Universidade de Campinas, “nos anos 1970 e 1980 iniciou-se a criação de fundações privadas de apoio, vinculadas a hospitais universitários públicos, passando a vender serviços públicos no mercado e criando no mesmo hospital uma segunda porta de admissão, com menor espera e maior conforto de acolhimento.

A partir dos anos 1990 as empresas operadoras de planos [e seguros de saúde]

privados, que a partir do ABC paulista expandiam-se normalmente, tiveram essa expansão geometricamente estimulada pela área econômica dos governos desde então e pela ‘onda’ dos nichos de mercado, quando os convênios coletivos dessas operadoras com empresas industriais e comerciais passaram também a visar a contenção dos gastos previdenciários com saúde dos trabalhadores e a partir de 1990 de toda a população, com o Orçamento da Seguridade Social.

Esta expansão chegou a mais de 2.000 operadoras nos dias de hoje (em 2007, 106 delas estavam registradas como filantrópicas), com a qualidade da assistência prestada crescentemente regulada e mantida pela Agência Nacional de Saúde

Quadro – Financiamento da Saúde no Brasil – Aplicação de recursos no setor saúde, segundo esfera de governo – 1980-2007

Ano	União	Estado	Município
1980	75,00%	17,80%	7,20%
1995	63,80%	18,80%	17,40%
2000	59,74%	18,53%	21,73%
2001	56,17%	20,67%	23,16%
2002	53,11%	21,64%	25,25
2003	50,69	22,80	25,24
2004	51,14	23,62	25,24
2005	50,64	24,48	24,98
2006	46,70	26,12	27,18
2007	47%	26%	27%

Fontes: Ministério da Saúde/SIOPS e Carvalho, G. Gasto com Saúde no Brasil em 2007.

Suplementar (ANS) restando ainda quase um quarto dos afiliados as operadoras, com assistência insatisfatória ou precária. Contam com aproximadamente 43 milhões de afiliados (23% da população).

Os principais instrumentos desse estímulo foram desonerações financeiras aos agentes de mercado: prestadores de serviços médico-hospitalares privados, consumidores e intermediários (operadoras dos planos [e seguros de saúde] privados). Exemplos:

a) não ressarcimento pelas operadoras [de planos e seguros de saúde privados] ao SUS dos gastos públicos com afiliados das operadoras assistidos pelo SUS, conforme dispõe a lei^{*};

b) contrapartida de recursos públicos no financiamento de planos privados dos servidores da administração direta e indireta, incluindo as estatais;

c) dedução no Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) e Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ) dos gastos com saúde no mercado, e

d) isenções de contribuições sociais para operadoras e hospitais filantrópicos e beneficentes de maior porte (quando credenciados por operadoras de planos [e seguros] privados).

A soma dos valores dessas desonerações a custa de recursos públicos, ultrapassou em 2008, o valor correspondente dos 8,5% da Receita Corrente Bruta da União, pleiteados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira para a regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000 e aprovados no Senado e em três comissões da Câmara dos Deputados, mas barrado taxativamente pela área econômica do governo.

Em outro ângulo, esta soma de valores equipara-se a aproximadamente 20% de todo o faturamento anual do conjunto de todas as operadoras privadas de planos e seguros de saúde.”³

Ou seja, a imensa renúncia fiscal da União, e desonerações diversas, a um só tempo, mantém o subfinanciamento crônico do SUS e faz com esse ente federado seja objetivamente o maior estimulador dos negócios das operadoras de planos e seguros de saúde, em função do volume enorme de recursos envolvidos na renúncia fiscal e desonerações.

Em que pese o interdito das elites conservadoras brasileiras à célere implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) para todos os brasileiros, seguindo a melhor tradição dos sistemas de saúde socializados – mais eficientes, eficazes, qualificados, racionais e justos do que os sistemas de saúde de mercado –,¹ em 2003 o SUS, embora se constituísse em política pública recente e conformasse uma reforma social incompleta e com implantação heterogênea conforme a região do país, já configurava um sólido sistema de saúde com capilaridade em todo o território nacional e que prestava significativos serviços à população brasileira^{4 5} – serviços de assistência, inclusive a terapêutica, de vigilância epidemiológica (controle de doenças) e de vigilância sanitária (campo de intervenção na realidade sanitária destinado a ser um instrumento em defesa da vida das pessoas) –; havia impactado positivamente os indicadores de saúde e era avaliado positivamente pelos que o utilizavam rotineiramente.

Não obstante esses inegáveis avanços, o SUS enfrentava – e continua enfrentando – grandes desafios para a sua consolidação definitiva.

Nos últimos sete anos, iniciativas inovadoras se deram no SUS, sendo muitas delas decorrentes do protagonismo do Ministério da Saúde. Apesar disso, milhões e milhões de brasileiros ainda não têm acesso à denominada porta de entrada do sistema (atenção primária); a atenção primária requer reorganização que a torne mais resolutiva, qualificada e o acesso ágil, incorporando também setores das camadas médias que demandam utilizar os serviços prestados pelo SUS; o subsistema de

* Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que *Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*.

atendimento às urgências e emergências, inclusive a remoção de pacientes, não está implantado no país como um todo; os Centros Especializados e unidades de internação requerem disposição racional no território nacional, entre outros relevantíssimos problemas de saúde que estão a demandar urgentes soluções.

No entanto, no período (2003-2009), os Ministérios do Planejamento e da Fazenda, exerceram pressão sobre o Congresso Nacional para que não se regulamentasse a Emenda Constitucional 29/2000, incluindo-se para a esfera federal o justíssimo cálculo de sua contrapartida, no financiamento do SUS, baseado no percentual sobre a arrecadação.¹

Neste período, dois parlamentares apresentaram projetos de lei complementar (PLC) regulamentando o financiamento da Saúde: o ex-deputado federal Roberto Gouveia (PT-SP) e o senador Tião Viana (PT-AC).

O PLC de autoria do senador foi aprovado por unanimidade no Senado Federal em abril de 2008 e encontra-se parado na Câmara dos Deputados até os dias de hoje. Nele é disciplinado o financiamento do SUS ou, mais precisamente, é regulamentada a redação acrescida à Constituição através da Emenda Constitucional 29/2000, que instituiu a vinculação da alocação de recursos orçamentários com a finalidade de assegurar os recursos mínimos para as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Em síntese, esse PLC propõe:

a) manter o montante de recursos orçamentários que, de acordo com a Constituição, obrigatoriamente, as municipalidades e os estados devem alocar anualmente no setor saúde, ou seja, respectivamente, 15% e 12%;

b) alterar o método de cálculo da alocação de recursos orçamentários da União, que passaria a ser de 10% de suas receitas correntes brutas (esse percentual evoluiria de, no mínimo, 8,5% no primeiro ano para, respectivamente, 9%, 9,5% e 10% nos três anos seguintes);

c) instituir normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, o que ainda não está regulamentado.¹

Neste ponto importa salientar:

a) o SUS não é um “plano ou seguro de saúde” assistencial como os mantidos pelas operadoras privadas. Trata-se de um Sistema que tem como atribuições as ações e serviços voltados para o controle de doenças e a vigilância sanitária abrangendo toda a população; a assistência integral, inclusive terapêutica, para, no mínimo, três quartos da população; a assistência a afiliados de planos e seguros de saúde que procuram os seus serviços e as atividades de regulação, controle e fiscalização dos estabelecimentos de saúde públicos e privados, vinculados ou não ao Sistema.

Em outras palavras: se quisermos fazer uma verdadeira revolução na Saúde precisamos de um setor público amplo, forte, eficiente e que possa garantir aos brasileiros e às brasileiras a Saúde como direito humano – fator de desenvolvimento e de preservação dos direitos de todos os cidadãos e cidadãs;

b) por ser a Saúde um setor intensivo em utilização de mão-de-obra, urge retirar as despesas com funcionários ativos que executam as ações e serviços públicos de saúde, da administração direta ou indireta da União, estados, Distrito Federal e municípios, do cálculo com despesas de pessoal previsto na lei de responsabilidade fiscal. Afora isso, impõe-se extinguir a Desvinculação de Recursos da União (DRU) para a Saúde;

c) é inadiável proceder-se à realização eficiente do ressarcimento ao SUS, por atendimentos públicos prestados aos usuários de planos e seguros de saúde, previsto na legislação federal desde 1998. Ademais, é preciso adotar progressiva diminuição da imensa renúncia fiscal (pessoa jurídica e pessoa física) e de desonerações as mais diversas, patrocinadas pela União;

d) é fundamental conferir transparência às relações que envolvam o interesse público e o interesse privado na Saúde e, ainda, enfrentar os interesses mercantis que

se espriam no interior SUS com a convivência de quem deveria defender o Sistema e assumir seu caráter público.

Neste sentido, é vital – e didático – acabar com a iniquidade e a desigualdade que se verifica no atendimento aos cidadãos prestado por instituições públicas, especialmente hospitais públicos, que mantém “dupla porta” – uma para o cidadão que não compra serviços no mercado e outra para o que compra –, por meio da proibição do credenciamento das instituições públicas pelos planos e seguros de saúde;

e) em relação aos recursos humanos do SUS, a fim de garantir o caráter público e universal do Sistema de Saúde nacional, as três esferas de poder (federal, estadual e municipal), devem prover direitos trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores da saúde.

Além disso, em face das diversidades regionais existentes no país, a União, em articulação com estados e o Distrito Federal, deve criar e implantar, no SUS, carreiras estratégicas e nacionais – relacionadas às atividades gerenciais e às atividades fim do Sistema – visando prover o Sistema de quadros técnicos de alta qualificação submetidos a processos de seleção e de promoção baseados em critérios meritocráticos.

A União deve, inclusive, ampliar e adequar o aparelho formador às necessidades de expansão e consolidação do SUS.

A implantação do SUS, conforme está inscrito na Constituição Federal de 1988, certamente revolucionaria a Saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. MENEZES, R.F.; ZIONI, F. SUS sob novo ataque. *Jornal da USP*, São Paulo, 13 abril 2009, Ano XXIV, nº 863, p. 2 e p. 12-13.
2. MÉDICI, A. Breves Considerações sobre a Relação entre Financiamento da Saúde e Direito Sanitário no Brasil. In: BRASIL – Ministério da Saúde –, 2009 [No prelo].
3. SANTOS, N.R. SUS: uma virada em 2010?, 2ª versão, 2009 [No prelo].
4. MENDES, E.V. SUS: Desafios e reformas. *CONSENSUS – Jornal do CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, Brasília, jan/fev, 2006.
5. CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *CONSENSUS – Jornal do CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, Brasília, jan/fev, 2006.

* Ricardo Menezes é médico sanitário e mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.