



Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio

Introdução

O direito universal à saúde é uma bandeira de luta do movimento social brasileiro desde os anos 1970. O próprio Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) nasceu de lutas como essa, em julho de 1976 (RODRIGUES; 1997, p. 65; SOPHIA, 2013, p. 1404). No início dos anos 1980, as dificuldades econômicas impostas pelo acordo firmado pelo governo com o FMI, em fevereiro de 1983, e o descontentamento com a ditadura militar levaram o País ao Diretas Já, o maior movimento de massas da nossa história, que acelerou a redemocratização brasileira, ocorrida em 1985 (SALLUM JR., 1994, p. 155). A partir de então, a bandeira do direito à saúde ganhou mais força, vindo a ser reconhecida pela Constituição de 1988. O passo decisivo para o reconhecimento do direito à saúde foi a 8ª Conferência

Nacional de Saúde, realizada em 1986, sob o mote: “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Nela, aprovou-se a seguinte definição: “Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional” (BRASIL, 1986, p. 4).

Impulsionado pela pressão das ruas, o texto da Constituição Federal de 1988 consagrou a fórmula: “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” (BRASIL, 1988, Art. 196). A forma com que se

deu a transição política no Brasil, contudo, manteve forte influência de setores conservadores, que se expressaram na Assembleia Constituinte através do grupo político apelidado de “Centrão” (COUTO, 1997; SALLUM JR, 1994 e 2003). Tais setores mantiveram vários aspectos de atraso nas instituições nacionais, inclusive em relação à saúde, que embora considerada um direito de todos a ser assegurado mediante políticas do Estado, continuou “livre à iniciativa privada” (Art. 199), ou seja, saúde como negócio, como um objeto para se ganhar dinheiro. A permanência de um setor privado de saúde que está entre os maiores do mundo passou a constituir o maior entrave para a efetivação da universalidade, como se verá adiante.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080, foi aprovada em 1990, em pleno governo Collor de Mello, francamente favorável ao mercado privado e ao modelo neoliberal. Apesar da conjuntura política desfavorável e dos vetos impostos por Collor a trechos do texto da Lei, a ideia da saúde como um direito universal foi

mantida na mesma. O Artigo 2º da LOS estabeleceu que: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O direito universal à saúde foi firmado como o primeiro princípio do Sistema Único de Saúde (SUS): “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1988, Art. 7º, I). Tal como a Constituição, a LOS manteve, infelizmente, a liberdade para a exploração da saúde como um negócio: “a saúde é livre à iniciativa privada” (Art. 21). Mas procurou submeter o setor privado a observar os “[...] princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento” (Art. 22).

Desde o início do SUS, portanto, a implantação do direito universal à saúde teve de conviver e competir com os interesses do mercado privado, que vê a saúde como um negócio a ser explorado, seja na prestação de serviços, seja através da venda de seguros privados e serviços

de saúde. Todas as formas assumidas pelo setor privado para negociar a saúde no Brasil se beneficiaram historicamente de políticas e recursos públicos, que são mantidos até hoje. O chamado setor suplementar, composto pelas empresas de planos e seguros privados de saúde e empresas que prestam serviços às mesmas, teve assegurada a continuação da isenção do Imposto de Renda para seus clientes, incentivo fiscal que ganhara no Código Tributário de 1966, outorgado pela Ditadura Militar. Atualmente, o setor privado prestador de serviços ao SUS é remunerado, muitas vezes regamente para isso, principalmente quando presta serviços de média e alta complexidade. Ou seja, o mesmo Estado que tem o dever de garantir o direito universal à saúde abre mão de recursos financeiros que deveriam financiar ações e serviços de saúde pública, para beneficiar as empresas que negociam com a saúde. A disputa entre o direito universal à saúde e a exploração da mesma como um negócio assumiu há poucos anos uma

nova dimensão, ao surgir a proposta de “cobertura universal de saúde”, liderada pela Fundação Rockefeller e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta proposta, apesar de utilizar a ideia da universalidade, visa combater o conceito de direito universal à saúde, para fortalecer o papel do setor privado na oferta de seguros e serviços de saúde.

Este texto, feito com o apoio da organização não governamental alemã Medico International, traz uma contribuição do CEBES para o debate da campanha eleitoral para a Presidência da República e para o Congresso Nacional, fortalecendo a discussão e a luta pelo direito universal à saúde. O texto assume uma postura crítica em relação aos interesses que pretendem transformar a saúde em um negócio privado, em detrimento das necessidades da população, denunciando os principais obstáculos que precisam ser superados para que a sociedade possa gozar da plena efetivação da universalidade do acesso à saúde.

O direito universal à saúde sob nova ameaça

A opção da sociedade brasileira pelo direito universal à saúde, tomada em 1988, tem o respaldo tanto das experiências bem sucedidas de sistemas públicos e universais baseados no direito de cidadania à saúde quanto de recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Desde sua formação, essa entidade defendia a saúde como um direito fundamental de todo o ser humano. O documento de “Constituição da Organização Mundial da Saúde” (OMS/WHO), de 1948, por exemplo, afirmava em seu preâmbulo que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos **direitos fundamentais de todo o ser humano** [grifos nossos], sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”. Tal princípio foi reafirmado por diversas conferências posteriores da OMS, como a de Alma Ata, em 1978, e a de Ottawa, em 1986 (STUCKLER *et al.*, 2010). É importante salientar que em nenhum desses documentos havia

qualquer referência a ideias típicas do mercado privado de seguros de saúde, tais como “proteção para risco financeiro”, “pacote de serviços”, “oferta e procura”, “libertação de recursos” e outras, que passaram a pautar documentos da mesma organização a partir de 2005.

Desde aquele ano, passamos a viver um insidioso ataque à ideia do direito universal à saúde, iniciada quando a Assembleia da OMS aprovou a resolução 58.33 (“Financiamento sustentável da saúde: cobertura universal e seguro social de saúde”) e publicou o documento “Atingindo a cobertura universal de saúde: desenvolvendo o sistema de financiamento da saúde” (OMS, 2005a e b). Depois disso, a OMS dedicou ao tema dois dos seus “Relatórios Mundiais de Saúde”, que são os principais documentos anuais da Organização (OMS, 2010 e 2013a). Esses documentos procuram associar o acesso à saúde à ideia de que é necessário protegê-la contra “riscos

financeiros”. A resolução assume como pressuposto que há diferentes fontes de financiamento nos sistemas de saúde, com riscos financeiros inerentes aos mesmos, o que justificaria a necessidade de sua proteção através da fórmula da “cobertura universal de saúde”, na qual o mercado privado deve cumprir um importante papel. As ideias de risco e de proteção a esse mercado, contidas no documento da OMS, constituem o núcleo central do setor de seguros privados, ramo específico do mercado financeiro, que movimenta fortunas com a venda de cobertura ou proteção contra riscos diversos para o mercado. A introdução desta ideia associada à “cobertura universal de saúde” parece ter claramente o objetivo de defender que mesmo os sistemas públicos de saúde devem ser sustentados por mecanismos e serviços privados de saúde, sempre que possível.

José Noronha, diretor do CEBES, chamou a atenção, em artigo publicado em 2013, para o fato de que a partir da resolução da OMS, acima mencionada, houve uma sucessão de

artigos e documentos com conteúdo semelhante, que visavam vender as mesmas ideias. Tais textos foram publicados diretamente, ou tiveram o apoio de entidades internacionais, como a OMS, o Banco Mundial e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e por entidades privadas “parceiras”, como a Fundação Rockefeller e a “Save the Children”. Essas entidades publicaram conjuntamente, inclusive, o documento “Cobertura universal de saúde: um compromisso com a redução da distância” (SAVE THE CHILDREN, 2013). O argumento principal do documento para vender a importância de soluções de mercado parte um fato da realidade: as camadas mais pobres das populações, especialmente nos países de renda média ou baixa, são as mais vulneráveis, seja para os riscos à saúde, seja para os riscos financeiros que costumam dificultar seu acesso aos serviços de saúde. O documento segue defendendo que, principalmente nesses países, entre os quais o Brasil estaria incluído, os mecanismos públicos de financiamento da saúde seriam insuficientes para garantir que não

haja riscos, principalmente para os mais pobres. A bandeira da “cobertura universal de saúde” teria o objetivo de proteger tais populações e sistemas de saúde, utilizando mecanismos de seguro público ou privado de saúde e parcerias com o setor privado na prestação de serviços e no fornecimento de insumos.

A fórmula da “cobertura universal de saúde”, que vem sendo construída a partir da iniciativa de doadores e parceiros privados e encampada pela OMS, aparece de forma mais crua no documento publicado pela Fundação Rockefeller intitulado “Mercados futuros de saúde: uma declaração da reunião em Bellagio” (ROCKEFELLER FOUNDATION, 2012). Esse documento foi o resultado de um encontro promovido pela fundação, no qual se defende abertamente que uma parcela crescente da população de diversos países está disposta a pagar por serviços de saúde, e que poderosos atores do mercado – a indústria farmacêutica e prestadores de serviços privados – se propõem a investir para que países de renda média e baixa adotem sistemas de

saúde baseados na lógica do seguro. A leitura do documento revela que sob a bandeira enganosa da “cobertura universal de saúde” há uma clara defesa por uma maior presença do setor privado na saúde, um verdadeiro jogo sujo contra o direito das populações à saúde.

No mesmo ano em que a Fundação Rockefeller patrocinou o encontro em Bellagio, a favor dos mercados na saúde, a Assembleia das Nações Unidas aprovou, em sua 67ª sessão, realizada em 06 de dezembro de 2012, uma resolução a favor da “cobertura universal de saúde”, com o voto favorável do Brasil (ONU, 2012). Essa resolução conclama os Estados-membros a desenvolverem mecanismos para assegurar tanto o acesso a “serviços necessários” de saúde (*necessary services*) quanto de proteção contra riscos financeiros inerentes a este acesso. Como se vê, os defensores da maior presença do mercado na saúde lograram ultrapassar os limites do setor de saúde, convencendo a própria ONU a abraçar suas ideias. Pode-se dizer, portanto, que o princípio do direito



universal à saúde encontra-se diante de uma séria ameaça por parte do princípio da liberdade de mercado. Neste momento, o CEBES, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), está empenhado na reversão do voto

brasileiro nas Nações Unidas, em função do risco que esta posição representa ao direito de todos à saúde. Uma vitória da ideia da “cobertura universal da saúde”, ou da saúde como negócio, significa a redução do direito à saúde.

A disputa do mercado privado com o SUS

Como adiantado na introdução, o processo de implantação do direito universal à saúde no Brasil teve de enfrentar, desde o começo, a competição com o mercado privado, cuja participação no setor de saúde foi assegurada tanto pela Constituição como pela LOS. Esta competição se dá de forma bastante desfavorável por conta: a) da dimensão do mercado privado na saúde brasileira; b) da existência de diversas formas de subsídio estatal para o setor privado, que subtraem recursos do público; c) da utilização do SUS como instrumento de aquisição ou contratação de bens e serviços privados de saúde; e d) pelo baixo nível de regulação da atividade privada

em um setor tão importante quanto o da formação e do exercício da profissão médica e das demais profissões de saúde.

A enorme dimensão do setor privado de saúde no Brasil pode ser avaliada levando-se em consideração os seguintes fatos: em 2010, o País era a sétima maior economia do mundo (BANCO MUNDIAL, acesso em 07/02/2014); 25,3% dos brasileiros seriam beneficiários de planos privados de saúde, em 2013 (ANS: 20/04/2014), o que corresponderia a uma população de mais de 49 milhões de pessoas; e a elevada proporção de gasto privado em saúde (53%) em relação ao gasto público, segundo dados da Organização Mundial de

Saúde. A proporção de gasto público no Brasil é menor do que a de todas as demais maiores economias do mundo, até mesmo do que a dos Estados Unidos (48%), onde o sistema de saúde é principalmente privado (OMS, 2013, p. 132 a 137).

São vários os componentes do mercado privado de saúde no Brasil, destacando-se os seguintes: 1) o principal é o mercado de seguros de saúde; 2) prestadores de serviços de saúde do setor suplementar; 3) prestadores de serviços de saúde para o SUS; 4) gestores privados de serviços públicos de saúde. Os dois primeiros se beneficiam do incentivo fiscal que permite aos seus clientes descontar 100% dos seus gastos em saúde dos valores devidos ao Imposto de Renda. Além desses quatro componentes do setor privado, não se pode esquecer que todos os principais fornecedores de equipamentos, medicamentos e insumos biomédicos são privados e se beneficiam do fato de o SUS constituir um dos maiores mercados compradores dos seus produtos em todo o mundo. Apenas

para se ter uma ideia disto, basta mencionar que o Brasil é atualmente o quarto maior mercado de produtos farmacêuticos de todo o mundo (INTERFARMA, 2013, *apud* SILVA, 2014, p. 56) e o SUS é comprador de uma grossa fatia desse mercado.

O primeiro componente a ser entendido é o do mercado de seguros privados de saúde, ou de planos de saúde, que tem na intermediação financeira seu negócio central. As empresas de seguro privado de saúde, conhecidas no Brasil por operadoras de planos privados de saúde, vendem cobertura de risco para problemas de saúde como um produto financeiro da área de seguros, semelhante a outros seguros, como os de vida, de veículos etc. A prestação direta de serviços de saúde pelas empresas do setor é marginal e só é praticada quando permite a redução de custos. Esse setor faturou, em 2012, segundo o site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), R\$ 95,417 bilhões, 12,7% mais do que em 2011 – R\$ 84,657 bilhões – (ANS, acesso em 23/04/2014). Para se ter um termo de

comparação com o gasto público, as despesas do Ministério da Saúde em 2011 foram de R\$ 62,621 bilhões em 2011, R\$ 22,036 bilhões a menos.

Está ocorrendo uma forte concentração do capital neste componente do mercado privado de saúde, entre 2003 e 2013, o número total de operadoras caiu de 1.814 para 1.274, o que equivale a uma queda de 29,7% em apenas dez anos (ANS, acesso em 23/04/2014). Outro indicador da concentração é o fato de que apenas 15% das operadoras com registro ativo na agência detinham 58,19% do total dos “beneficiários” do setor, em 2013, fazendo com que esse setor seja cada vez mais dominado por grandes empresas, inclusive com uma presença cada vez maior do capital estrangeiro norte-americano.

Trata-se de um setor com forte poder econômico e financeiro, que gasta bilhões de reais ao ano em publicidade, o que certamente contribuiu para o resultado de pesquisa recente, que mostrou que 90% dos brasileiros queriam planos privados de saúde, colocando esse

“benefício” como o primeiro na lista de desejos da população (SCHELLER, 2011; acesso em 28/11/2013). Esse poder de atração do mercado de seguros privados de saúde contribuiu para que a maior parte das representações sindicais no Brasil tenha sido atraída pelos seguros privados de saúde e se afastado da saúde pública. De fato, os sindicatos de trabalhadores vêm lutando – pelo menos, desde os anos 1970 – por um acesso mais amplo ao setor privado em suas negociações coletivas com os sindicatos patronais. É, no mínimo, curiosa a grande adesão dos trabalhadores ao seguro privado de saúde no Brasil, uma vez que a maior parte deles não tem acesso aos mesmos ao se aposentar, simplesmente porque não pode pagar por esses serviços, em função da forte elevação dos preços para as faixas etárias mais elevadas. Os trabalhadores têm acesso aos serviços de saúde cobertos pelos planos privados na idade adulta, quando menos precisam dele, o que contrasta com a dificuldade de acesso quando

atingem idade avançada e mais precisam de tais serviços. Esta situação corresponde a um verdadeiro estelionato praticado pelo mercado privado em relação aos trabalhadores e precisa ser fortemente denunciada.

O apoio dos trabalhadores ao mercado privado de saúde é uma particularidade brasileira. Na maior parte dos países que têm grandes sistemas públicos de saúde, os trabalhadores estiveram na linha de frente da constituição dos mesmos e continuam a representar uma de suas principais bases de apoio social. Esta particularidade brasileira resulta em uma precária base de apoio social ao SUS, que é seriamente preocupante (MENICUCCI, 2003 e; GERSCHMAN e SANTOS, 2006 e ARRETCHE, 2005). Desenvolver estratégias para ganhar os trabalhadores para o SUS é uma tarefa urgente e decisiva para a defesa do direito universal à saúde.

Outro componente importante do mercado privado de saúde são os prestadores de serviço que atuam, principalmente ou apenas, no chamado setor suplementar – que não

mantém relação direta com o SUS. É composto por hospitais, clínicas, laboratórios de diagnóstico e consultórios, que prestam serviços exclusivamente para clientes privados, principalmente para os “beneficiários” das operadoras de planos de saúde privados. O principal grupo deste componente é composto pelos hospitais, que somavam, em 2008, 1.339 unidades (RIBEIRO, 2009, p. 777). Embora com menos poder econômico e financeiro do que as operadoras de planos de saúde, esse setor também vem passando por uma forte concentração de atividades em grupos maiores, como estratégia para reduzir custos e aumentar o poder de barganha em relação às operadoras, que são seus principais clientes. Muitos prestadores privados vendem serviços de saúde tanto para as operadoras de planos quanto para o SUS, embora haja indicações fortes de que muitos vêm deixando o SUS apenas para se concentrar no mercado dos beneficiários das operadoras (RIBEIRO, 2009).

Os prestadores de serviço para o SUS se dividem entre um grande grupo de entidades filantrópicas – que são as responsáveis por grande parte dos leitos de internação hospitalar do SUS, localizados principalmente no interior do País – e um grupo menor de prestadores de serviço mais modernos – que se concentraram na oferta de serviços de média e alta complexidade, que são serviços bem pagos. Ambos os grupos não se dedicam nem à prevenção nem à promoção da saúde, muito menos aos cuidados de atenção primária, voltando-se exclusivamente para a atenção de caráter curativo. O primeiro grupo, particularmente as entidades que vendem serviços apenas ao SUS, padece de uma série de problemas financeiros por atuar em uma faixa de atividade cujo valor dos procedimentos pagos pelo sistema público é baixo. Há vários programas públicos que dão apoio financeiro a essas entidades, como é o caso do Programa “BNDES Saúde – Atendimento SUS”, do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES, acesso

em 22/04/2014), e do Programa PRO SANTA CASA, do Governo do Estado de São Paulo (SÃO PAULO; acesso em 23/04/2014), entre outros. É importante frisar que tratam-se de recursos públicos voltados exclusivamente para entidades privadas, não havendo programas semelhantes para as unidades públicas de saúde.

Outro componente dos interesses privados que vem se desenvolvendo rapidamente nos últimos dez anos é o dos gestores privados de serviços públicos de saúde. Formado principalmente por entidades privadas, sem finalidades lucrativas, do tipo das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou das Organizações Sociais (OS), permitidas pela Lei Federal nº 9.790/1999 e por leis estaduais diversas. Tais organizações vêm sendo crescentemente responsáveis pela gestão de hospitais, centros de saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e unidades de saúde da família, principalmente em grandes centros, como São Paulo e Rio de Janeiro.

Possivelmente, a maior delas é a Associação Paulista pelo Desenvolvimento da Medicina (SPDM-Saúde), que atua em seis estados, tendo cerca de 40 mil trabalhadores, todos com direito à plano de saúde privado (SPDM; acesso em 10/04/2014) e sendo inteiramente custeada por recursos decorrentes de contratos com o setor público. Entidades como esta, além de dependerem de recursos públicos e contribuírem para fortalecer o mercado de seguros privados de saúde ao concederem planos de saúde aos seus empregados, vêm contribuindo para fazer penetrar nas unidades públicas de saúde que gerenciam um conjunto de técnicas e valores típicos do mercado privado, de benefício duvidoso para o serviço público. A entrega para o setor privado da gestão dos serviços públicos de saúde implica no enfraquecimento do Estado e na perda de sua capacidade gerencial em uma área vital para os interesses da sociedade.

Outro componente recente do mercado privado que vem competindo

com o SUS pelo acesso aos recursos financeiros públicos é o farmacêutico, principalmente após a expansão, em 2006, do Programa Farmácia Popular para a rede privada de farmácias, com a criação do Programa “Aqui tem Farmácia Popular” (BRASIL, acesso em: 20/04/2014), pelas Portarias GM/MS nº 491/2006 e GM/MS nº 3.089/2009, do Ministério da Saúde (SILVA, 2014, p. 148). A adesão das farmácias privadas a este programa tem sido bastante rápida. Em 2012, seis anos depois de sua criação, ele já contava com mais de 25 mil farmácias, em 3.730 municípios, atendendo 12,953 milhões de pessoas (SILVA, 2014, p. 152 e 153). Para ter acesso ao programa, basta o beneficiário levar uma prescrição médica, emitida pelo setor público ou privado. Esta aceitação de prescrições médicas privadas vem fortalecendo a verdadeira indústria das chamadas consultas populares, que induzem a população a não procurar o SUS e que constituem serviços de péssima qualidade, uma verdadeira ameaça à saúde das pessoas.

O programa remunera as farmácias por valor de referência estabelecido pela primeira das portarias citadas. Essa remuneração, como mostra Silva (2014), superou, em 2012, em média, 254,9% o preço de aquisição, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), de um rol de 25 medicamentos comuns. Em alguns casos, a diferença entre os valores pagos pelo ministério superou em 1.300% os valores pagos pela SMS/RJ (SILVA, 2014, p. 231). Além dos usuários que têm acesso a

medicamentos por um preço muito inferior ao do mercado privado (há um copagamento), os grandes beneficiários são a indústria farmacêutica e os grandes grupos varejistas do comércio de medicamentos. Este é mais um caso típico de competição entre o mercado privado e o SUS. Afinal, os recursos do SUS são aplicados para beneficiar usuários, tanto do primeiro quanto do segundo, além de os valores praticados, segundo a pesquisa citada, remunerarem regamente a ambos.

Financiamento

Desde sua criação, o SUS contou com um nível de financiamento insuficiente (Carvalho, 2002; BRASIL, Câmara de Deputados, 2013). A insuficiência dos

recursos com que conta o SUS fica visível nos dados da *Tabela 1*, que compara nossa situação com a das outras maiores economias do mundo.

Tabela 1. Maiores economias do mundo: gasto total em saúde como proporção do PIB e proporção do gasto público, no gasto total em saúde, 2000-2010.

Países em ordem de tamanho do PIB	Gasto total em saúde como % do Produto Interno Bruto		Gasto público total em saúde como % do gasto total em saúde	
	2000	2010	2000	2010
EUA	13,4	17,6	43,2	48,2
China	4,6	5,0	38,3	54,3
Japão	7,6	9,2	80,8	80,3
Alemanha	10,4	11,5	79,5	76,8
França	10,1	11,7	79,4	76,9
Reino Unido	7,0	9,6	78,8	83,2
Brasil	7,2	9,0	40,3	47,0
Itália	8,0	9,5	72,5	77,6
Índia	4,3	3,7	26,0	28,2
Canadá	8,8	11,4	70,4	71,1

Fonte: WHO, World Health Statistics, 2013. Geneva: WHO, 2013, p. 132-138.

Os dados da *Tabela 1* mostram que o Brasil só se apresenta bem em relação à Índia, tanto em termos do gasto total em saúde como proporção do Produto Interno Bruto (PIB) quanto da proporção do gasto público. Em todos os demais países, os gastos públicos são proporcionalmente maiores do que no Brasil. Mesmo nos Estados Unidos, onde existe o maior sistema privado de saúde do mundo e não há reconhecimento do direito universal à saúde, o financiamento público

equivale a 48,2% do total dos gastos em saúde, maior do que no Brasil. Em relação à China – onde o gasto público era, em 2000, menor do que no Brasil (38,3%), em 2010 –, temos que ela nos ultrapassou, atingindo 54,3% do total. Além disso, o governo chinês, em abril de 2009, se comprometeu a oferecer serviços de saúde para todos até 2020 (OMS, 2010, p. 8).

Segundo estudo do Núcleo de Saúde da Câmara de Deputados – que comparou o financiamento da saúde

do Brasil com o de diversos países (Canadá França, Austrália, Reino Unido, União Europeia, Espanha, Argentina e China) –, como a maior parte do gasto em saúde no nosso país é privada, em 2010, os recursos públicos aplicados per capita pela paridade do poder de compra atingiram apenas US\$ 476,94 (BRASIL, Câmara de Deputados, 2013, p. 6), muito inferior à média de US\$ 2.243,00 dos demais países, excluída a China. Em relação à Argentina, país vizinho e que mantém maiores semelhanças socioeconômicas com o Brasil do que os demais, embora o gasto total per capita brasileiro seja maior – US\$ 1.042,73 no Brasil contra US\$ 891,80 na Argentina – o gasto público é menor – US\$ 476,94 no Brasil contra US\$ 540,79 na Argentina. Pode-se dizer, desta forma, que há um subfinanciamento da saúde pública no Brasil, que evidentemente prejudica a universalidade do acesso à saúde.

Outra característica crescente do financiamento à saúde é a queda proporcional da participação do governo federal no total dos gastos do

SUS, o que indica um compromisso gradualmente menor da União em relação ao direito universal à saúde. O estudo do Núcleo de Saúde da Câmara dos Deputados mostra que a proporção do financiamento federal no financiamento total do SUS caiu de 58,4%, em 2000, para apenas 45,4%, em 2011, tendo atingido um mínimo de 40,7%, em 2006. Os estados e municípios têm sido os responsáveis, desde 2004, pela maior parte do financiamento do SUS (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2013, p. 12). Tal situação tem trazido problemas crescentes para os estados e municípios mais pobres, que contam com recursos mais escassos. Os municípios que têm uma rede de saúde mais complexa e completa, que oferecem serviços secundários e terciários de saúde, também têm passado problemas crescentes. No caso destes municípios, os problemas decorrem, em primeiro lugar, do fato de absorverem a clientela dos municípios menores, que não podem contar com uma rede completa de serviços de saúde. Em segundo, porque na maior parte dos casos, o único recurso que financia os serviços

de saúde para os pacientes transferidos é o estabelecido pela Programação Pactuada e Integrada (PPI), que só distribui a parcela dos recursos federais, que, como vêm caindo em termos proporcionais, financiam cada vez menos procedimentos. Só nos raros locais onde funcionam consórcios intermunicipais de saúde esta situação é minorada, mas os consórcios têm se revelado uma opção inconstante e não muito segura (RODRIGUES e SANTOS, 2011).

A partir do governo Fernando Henrique Cardoso, o SUS passou a enfrentar, ainda, uma competição crescente com as políticas sociais de caráter focal – ou seja, voltada para um público determinado, com características pré-definidas, em geral, de renda – no que diz respeito ao acesso aos recursos orçamentários federais. De acordo com dados da Secretaria do Tesouro Nacional, entre 2000 e 2011, apesar de ter-se verificado crescimento constante do gasto total federal com as funções sociais de governo – previdência social, saúde, assistência social, educação, trabalho, urbanismo,

direitos da cidadania, cultura, saneamento e habitação –, houve uma queda da participação da saúde no interior das despesas sociais, de 14,7% para apenas 11,4%, o que representa uma queda de 22,5%. No período, as despesas sociais como um todo aumentaram 197,9%, enquanto os gastos com as funções não sociais subiram apenas 152,5% – já descontadas a inflação e as despesas financeiras. No mesmo período, o orçamento da Assistência Social, onde estão localizadas as principais despesas sociais de caráter não universal, como o Programa Bolsa Família, cresceram 504,1%, fazendo com que os gastos com esta área, que no início do período representava 21,9% dos gastos com saúde – R\$ 9,98 bilhões contra R\$ 45,55 bilhões –, passassem a 72,0% dos mesmos – R\$ 50,31 bilhões contra R\$ 69,86 bilhões (BRASIL, Ministério da Fazenda, acesso em 25/10/13, RODRIGUES e KORNIS, 2013). Resta saber se a aparente opção prioritária pelas políticas não universais ou focais, que foi eficiente para reduzir a miséria, será capaz de eliminar a pobreza e não prejudicar o desenvolvimento das

políticas sociais universais, como o SUS.

A renúncia fiscal relativa à isenção do imposto de renda dos gastos com planos e serviços privados de saúde é outro fator que prejudica o financiamento público à saúde. Introduzido pelo Código Tributário do regime militar, em 1966, este benefício foi mantido pela legislação após a redemocratização, continuando a beneficiar o setor privado e prejudicar a saúde pública. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), publicado em 2013 mostra que só em 2011, essa renúncia fiscal foi de R\$ 15,807 bilhões, representando 22,5% de todo o gasto federal em saúde (OCKÉ-REIS, 2013, p. 4). Comentando os dados da pesquisa, José Cechin (acesso em 20/05/2014) mostra que, em 2011, o incentivo relativo às despesas com planos de saúde somou R\$ 7,7 bilhões, enquanto as operadoras de saúde fizeram despesas assistenciais de R\$ 69 bilhões, no mesmo período, “ou seja, para cada bilhão de renúncia fiscal, entregaram serviços no valor de quase R\$ 9 bilhões”. Esses dados mostram

como o Estado brasileiro vem incentivando a saúde como negócio, ao abrir mão de recursos que poderiam estar financiando o sistema público de saúde.

Outra forma de perda de recursos do SUS em benefício do setor privado é o fornecimento, pelo Estado, de planos e seguros de saúde para os funcionários públicos e seus dependentes. Estudo ainda não publicado (SANTOS, FERREIRA e SANTOS, s.d.) sobre os gastos só do governo federal com planos privados de saúde para os servidores públicos mostra que essas despesas equivalem a 5% do valor total do orçamento do Ministério da Saúde, que é o segundo maior da República, e está atrás apenas do orçamento da Previdência Social. Tal prática, que também existe em muitos governos estaduais e municipais, não só reduz as despesas com a saúde pública como passa para os funcionários públicos uma mensagem clara de desconfiança com os serviços do SUS e outra para a população em geral, que estaria discriminada e relegada a serviços de pior qualidade. Trata-se de prática inaceitável de

benefício ao setor privado e de fortalecimento da ideia de que a saúde deve ser principalmente um negócio

lucrativo e não um direito da população.

Acesso universal ou universalização excludente?

A criação do SUS assegurou grande melhoria no acesso da população à atenção ambulatorial. O número de procedimentos ambulatoriais aprovados pelo Ministério da Saúde aumentou em 173,3%, entre 1995 e 2010 (de 1,23 milhões de procedimentos para 3,36 milhões), face a um crescimento populacional de apenas 22,42% no mesmo período. Esse aumento esteve concentrado principalmente na ampliação da atenção primária, ou básica, através da estratégia de saúde da família e de procedimentos de alta complexidade, como diálise e outros. Essa ampliação da oferta não foi proporcional, entretanto. Entre os anos de 2000 e 2007, alguns procedimentos ambulatoriais de alta complexidade tiveram aumentos muito superiores aos das ações médicas básicas, segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). De

fato, os procedimentos de terapia renal substitutiva (diálise) e hemodinâmica tiveram aumentos, respectivamente de 36,9% e 56,6%, enquanto as ações médicas básicas aumentaram apenas 28% (DATASUS, acesso em 16/04/14).

O número de internações hospitalares, entretanto, caiu 11,7%, entre 1995 e 2010 (DATASUS: 22/04/2014). Ribeiro (2009) considera que esta queda no total de internações pode ter constituído um estímulo à migração de usuários do SUS para o setor privado. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aparentemente, corroboram a suposição desse autor, pois somente entre setembro de 2003 e setembro de 2013 a proporção de brasileiros com planos privados de saúde com assistência médica aumentou de 17,9% para 25,3%, o que corresponde a um aumento de 41,3%

(ANS: 20/04/2014). Dados do parecem apoiar tal suposição DATASUS sobre a oferta de serviços (Tabela 2). hospitalares públicos e privados

Tabela 2. Brasil – Leitos de internação públicos e privados, disponíveis e não disponíveis para o SUS – abril de 2014.

Região	Públicos	Privados disponíveis para SUS	Total SUS	%	Privados não disponíveis para o SUS	%	Total	%
Norte	18.600	5.694	24.294	77,1	7.233	22,9	31.527	100,0
Nordeste	61.548	36.612	98.160	83,1	19.052	16,1	118.074	100,0
Sudeste	54.720	67.085	121.805	63,8	64.865	34,0	191.011	100,0
Sul	15.880	37.241	53.121	70,8	20.927	27,9	75.012	100,0
Centro-Oeste	14.012	10.809	24.821	66,9	11.993	32,3	37.099	100,0
Total	164.760	157.441	322.201	71,1	124.070	27,4	453.009	100,0

Fonte: DATASUS, acesso em 18/05/14.

Como se pode ver, em abril de 2014, dos 453 mil leitos hospitalares existentes no Brasil, 281,5 mil eram privados, ou 62,14% do total. O número de leitos disponíveis para o SUS, no mesmo período, era de 322,2 mil, ou 71,12% do total. Isto quer dizer que os 25,3% de brasileiros clientes

dos planos ou seguros privados de saúde contam com 27,4% do total de leitos existentes. Os dados mostram, também, que 2/3 (66,6%) dos equipamentos disponíveis para o diagnóstico e o tratamento de saúde encontram-se sob controle do setor privado (Tabela 3).

Tabela 3. Total de equipamentos de saúde disponíveis, segundo a esfera administrativa – abril de 2014.

Região	Pública		Privada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Norte	39.087	47,3	43.498	52,7	82.585	100,0
Nordeste	116.989	44,4	146.367	55,6	263.356	100,0
Sudeste	217.713	30,3	499.714	69,7	717.427	100,0
Sul	54.591	25,5	159.562	74,5	214.153	100,0
Centro-Oeste	35.676	31,7	76.994	68,3	112.670	100,0
Total	464.056	33,4	926.135	66,6	1.390.191	100,0

Fonte: DATASUS, acesso em 18/05/14.

Para exemplificar a desproporção da oferta de equipamentos de diagnóstico para os usuários do SUS em relação aos clientes de planos privados de

saúde, selecionamos o caso da ressonância magnética, um dos mais sofisticados desses planos, apresentado na *Tabela 4*.

Tabela 4. Oferta de aparelhos de ressonância magnética no SUS (públicos e privados) e no setor privado (não SUS) – abril de 2014.

Região	SUS	%	Não SUS	%	Total	%
Norte	42	46,7	48	53,3	90	100,0
Nordeste	129	50,6	126	49,4	255	100,0
Sudeste	244	27,1	655	72,9	899	100,0
Sul	156	50,8	151	49,2	307	100,0
Centro-Oeste	40	28,2	102	71,8	142	100,0
Total	611	36,1	1.082	63,9	1.693	100,0

Fonte: DATASUS, acesso em: 18/05/2014.

Como se pode ver, a desproporção no acesso a exames de ressonância

magnética é ainda maior – 63,9% dos mesmos estão disponíveis apenas

para clientes privados, enquanto apenas 36,1%, para os usuários do SUS. Além disso, não se pode deixar de considerar que os clientes de planos privados de saúde têm a possibilidade de escolher entre os serviços privados e os públicos, o que aumenta suas possibilidades de acesso, enquanto os usuários exclusivos do SUS não têm a mesma chance. Esta situação configura não só uma grande desigualdade entre os dois grupos, mas também um forte potencial de atração do setor privado sobre a população brasileira. Por essas e outras razões, pode-se dizer que uma grande maioria dos brasileiros sem acesso a plano privado de saúde deseja tê-lo, como mostrou pesquisa já mencionada, que revelou que 90% dos trabalhadores brasileiros queriam ter planos privados de saúde (SCHELLER, 2011). Tal situação também revela o fato extremamente preocupante e favorável para os defensores da saúde como negócio, que é o baixo prestígio do SUS entre a população.

Antes de prosseguir, é importante chamar a atenção para o fato de que

os dados sobre a produção ambulatorial e hospitalar fornecidos pelo DATASUS e mencionados acima referem-se apenas aos procedimentos pagos com recursos federais, que são os que integram a Programação Pactuada e Integrada (PPI), mecanismo que distribui esses recursos entre os estados e municípios. Na realidade, a produção total do SUS é muito maior, porque um grande número de procedimentos são inteiramente pagos pelos estados e municípios. Esta situação, aliás, constitui outra fonte de dificuldades para o acesso universal aos serviços de saúde, porque como grande parte da oferta de ambulatoriais e hospitalares é de natureza privada, sua contratação pelo SUS muitas vezes se limita aos números estipulados pela PPI. Desta forma, só estes procedimentos são remunerados com base nos valores estipulados pelas tabelas do SUS. Todos os demais procedimentos necessários à população, principalmente dos municípios de menor porte, têm de ser comprados por valores praticados pelo mercado privado e não pelos constantes das tabelas do SUS, o que

acaba limitando o acesso aos mesmos (SANTOS, 2013).

O desenvolvimento ainda incompleto da rede “regionalizada e hierarquizada” de serviços de ações de saúde do SUS é um dos fatores que contribui para dificultar o acesso da população. Na maior parte do País, as regiões de saúde ainda gozam de uma infraestrutura insuficiente, principalmente no que diz respeito aos serviços secundários (ou ambulatoriais especializados) e terciários (ou hospitalares). A expansão da rede nesses 24 anos de existência do SUS ainda não foi suficiente para assegurar uma oferta adequada desses serviços, que ainda estão muito concentrados nos grandes centros, principalmente das regiões Sudeste e Sul. A municipalização do SUS, promovida nos anos 1990, também tornou difícil a organização de regiões de saúde, dotadas de orçamento próprio e capacidade de planejamento e regulação (RODRIGUES, 2013, PERES, 2002).

Até hoje, as definições legais sobre a regionalização do sistema esbarram na limitação colocada pela

municipalização. O máximo a que as normas federais chegam é à proposta de criação de comissões intergestoras regionais, não dotadas de orçamento próprio, que correspondem a coletivos de gestão com funcionamento muito frouxo e prejudicado pelas rivalidades existentes entre as autoridades dos diferentes municípios que os compõem (BRASIL, Decreto nº 7.508, 2011). A insuficiente organização da rede pública e a não existência de autoridades sanitárias regionais contribui para que a oferta dos recursos para o tratamento à saúde beneficie de forma desproporcional os clientes dos planos privados de saúde, em relação aos usuários do SUS.

A formação de recursos humanos em saúde ainda vem sendo feita principalmente em favor da saúde como negócio e não para o atendimento das necessidades da população e do SUS. A forma com que a residência médica, mecanismo de formação das especialidades médicas, está organizada, por exemplo, faz com que a maior parte dos médicos, no Brasil, procure carreiras que atendem os imperativos do mercado e não as

necessidades da população. O País vem formando principalmente especialistas e não clínicos gerais e médicos de família, ao contrário do que ocorre em outros países, que, como o Brasil, escolheram o direito universal à saúde. Artigo publicado recentemente mostra como diversos desses países centralizaram e regularam as residências médicas de forma a assegurar a formação de uma maioria de generalistas e não de especialistas, enquanto, no Brasil, essas residências continuam sob a influência excessiva das corporações profissionais médicas (RODRIGUES, NEY, PAIVA e SOUZA, 2013). Foi essa situação que levou o governo a implantar o Programa Mais Médicos, para tentar assegurar maior oferta desses profissionais nos serviços do SUS em localidades remotas ou mais pobres.

Segundo Menicucci (2009), a proposta da construção de um sistema universal e igualitário chocou-se com uma realidade profundamente desigual na sociedade como um todo e com a existência de um sistema de saúde prévio baseado na desigualdade.

Segundo ela, a reforma não logrou abarcar toda a sociedade nem substituir totalmente a segmentação existente no setor de saúde. O resultado dessa desigualdade foi descrita por Favaret e Oliveira (1990) como uma “universalização excludente”. A universalização do acesso aos serviços de saúde teria ocorrido juntamente com uma precarização dos serviços públicos, levando à fuga (ou exclusão) das camadas de renda mais elevada para o sistema privado de saúde. Tal afastamento de uma parcela da população do sistema público leva a uma fragilidade da base de apoio social do SUS (Menicucci, 2009; Gerschman e Santos, 2006; e Arretche, 2005). Segundo Rodrigues (2013), durante o regime militar, ao mesmo tempo em que houve um gradual afastamento dos trabalhadores organizados do sistema público de saúde, estes se aproximaram dos planos privados de saúde. A reivindicação de fornecimento, pelos empregadores, de planos privados para os trabalhadores passou a constar cada vez mais dos acordos coletivos.

A partir desse processo, O SUS passou a ser possivelmente o único sistema público e universal de saúde

que não conta com um apoio decisivo dos trabalhadores.

Uma agenda do CEBES em defesa do direito universal à saúde

Concluimos este texto com uma proposta de agenda de lutas em defesa do direito universal e contra a transformação da saúde da população em mero negócio lucrativo para o setor privado. O CEBES conclama toda a população brasileira e os candidatos a cargos políticos na eleições de 2014 a repudiar:

- A proposta enganosa e mal intencionada da “cobertura universal da saúde” como um atentado à universalidade do acesso aos serviços públicos de saúde;
- O voto do Brasil favorável a essa proposta na sua 67ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2012;
- A continuidade da isenção no Imposto de Renda dos gastos das pessoas e empresas com planos

de saúde privados, que constituem uma injusta transferência de recursos públicos para o setor privado de saúde;

- A prática dos governos federal, estaduais e municipais de fornecer aos funcionários públicos e seus dependentes planos privados de saúde, que desviam recursos públicos do SUS e constituem prática discriminatória que prejudica o direito universal de saúde;
- A contratação de entidades privadas para a gestão de serviços públicos de saúde, que introduz a lógica privada em detrimento dos interesses públicos nesses serviços;
- O superfaturamento praticado no Programa Aqui Tem Farmácia Popular, que beneficia a indústria e o comércio privado de

medicamentos, e reduz o acesso das pessoas aos mesmos;

O CEBES conclama toda a população e os candidatos a cargos políticos, na eleições de 2014, a lutar a favor de:

- Debate e ampliação da consciência crítica sobre o direito à saúde, e resistência às tentativas de surrupiar nossos direitos conquistados;
- Mobilização de toda a sociedade brasileira em defesa do direito à saúde, bem como da melhoria e consolidação do SUS;
- Mudança na política e nos processos eleitorais, e vigilância das propostas dos partidos e forças políticas nos momentos eleitorais e nas práticas dos respectivos mandatos dos eleitos;
- Ampliação do financiamento da saúde, destinando imediatamente um mínimo de 10% da Receita Bruta da União, e avanço por restabelecimento da seguridade social;
- Fortalecimento da rede pública do SUS, através do investimento em sua capacidade de oferta de serviços e da criação de autoridades sanitárias regionais, com orçamento e recursos próprios, além da capacidade de planejamento e regulação do acesso aos serviços do SUS nas regiões de saúde;
- Fortalecimento da capacidade de gestão do Estado sobre os serviços do SUS, de forma a defender os interesses públicos, ampliar e melhorar o acesso de todos a esses serviços;
- Regulação pública sobre a formação dos recursos humanos para a saúde, principalmente dos médicos, para que suas capacidades sejam voltadas para as necessidades da população e do SUS, e não para os interesses do negócio privado;
- Fortalecimento do setor público, acabando com subsídios e benefícios ao setor privado e consolidando o SUS público, universal, de qualidade;

- Melhoria do SUS, respeitando a necessidade do povo, de mais profissionais, mais cuidado e mais direitos!

Referências

ARRETCHE. M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 285-306.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O PROGRESSO DA MEDICINA (SPDM).

Nossa história. Disponível em:

<<http://www.spdm.org.br/a-empresa/conheca-a-spdm/nossa-historia>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

BANCO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (BNDES).

BNDES Saúde – Atendimento SUS.

Disponível em:

<http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Apoio_Financeiro/Programas_e_Fundos/BNDES_Saude/atendimento_sus.html>.

Acesso em: 22 abr. 2014.

BANCO MUNDIAL (WORLD BANK).

Data, GDP (current US\$). Disponível em:

<<http://data.worldbank.org/indicador/NY>

.GDP.MKTP.CD/countries?display=default>. Acesso em: 07 fev. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Taxa de cobertura (%) por planos privados de saúde** (Brasil – 2003-2013).

Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>; acesso em: 20 abr. 2014a.

_____. **Receita de contraprestações das operadoras** (em reais) (Brasil – 2003-2012).

Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em 23 abr. 2014b.

_____. **Beneficiários por Operadora e Operadoras com registro ativo**.

2013. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_cc.def>.

Acesso em: 23 abr. 2014.

BRASIL. Câmara dos Deputados.

Consultoria de Orçamento e

Fiscalização Financeira. Núcleo da Saúde. **A participação estatal no financiamento de sistemas de saúde e a situação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013.

BRASIL. Congresso Nacional (1988).

Constituição da República

Federativa do Brasil. Brasília:

Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**.

(1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

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

BRASIL. Ministério da Fazenda.

Secretaria do Tesouro Nacional.

Despesa da União por função

Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social. Disponível em:

<<https://www.google.com.br/#q=despesa+da+união+por+função>>. Acesso em: 18 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª**

Conferência Nacional de Saúde:

relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Portal Brasil. **Brasileiros compram medicamentos a preço de custo nas farmácias populares**.

2009. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/1/brasileiros-compram-medicamentos-a-preco-de-custo-nas-farmacias-populares>>. Acesso em 20 abr. 2014.

BRASIL. Presidência da República.

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

- CARVALHO, G. C. M. 2002. **O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde**, 1988-2001. Tese (Doutorado). – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.
- CECHIN, J. **Folha de São Paulo (SP): os planos de saúde e a renúncia fiscal**. 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=21652>. Acesso em: 20 maio 2014.
- COUTO, C. G. A agenda constituinte e a difícil governabilidade. **Lua Nova**, São Paulo, v. 39, n. 33, p. 33-52, 1997.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Internações por especialidade e local de internação e Produção ambulatorial, por local de atendimento**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>. Acesso em: 21 abr. 2014.
- FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.
- MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. 2003. 402 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas). – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte. 2003
- _____. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul 2009.
- NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, mai, 2013.
- OCKÉ-REIS, C. O. **A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: Uma promessa não cumprida pelo SUS?** Campinas: IPEA, 2009. (Texto para discussão, 1376).
- _____. **Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde –**

2003-2011 Brasília: IPEA, 2013. (Nota Técnica, 5).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Sixty-seventh session. Agenda item 123. **Global health and foreign policy**. 2012.

Disponível em:

<http://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Global%20Health%20and%20Foreign%20Policy%20resolution%202012_67th%20GA.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**.

1948. Disponível em:

<<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

_____. **Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance** (58th World Health Assembly, Resolution WHA 58.33). 2005a. Disponível em:

<http://www.who.int/health_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/>. Acesso em: 08 abr. 2014.

_____. **Achieving Universal Health Coverage: developing the health**

financing system. Genebra: OMS, 2005b. (Technical Briefings for Policy Makers, 1).

_____. **Relatório Mundial de Saúde 2010: financiamento dos Sistemas de Saúde, o caminho para a cobertura universal**. Genebra: OMS, 2010.

_____. **Relatório Mundial de Saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde**. (2013) Genebra: OMS, 2013a.

_____. **World Health Statistics, 2013**. Genebra: WHO. 2013b.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **Health insurance coverage for a core set of services**, 2009.

Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>>. Acesso em: 07 fev. 2014.

PERES, A. M. A. M. **Descentralização da política de saúde no Brasil: a municipalização é o caminho?** 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 771-782, 2009.

ROCKEFELLER FOUNDATION.

Future health markets: a meeting statement from Bellagio. 2012.

Disponível em:

<<https://static.squarespace.com/static/5034f626e4b09af678ebcd47/52c594f5e4b01a09cde0f896/52c594f5e4b01a09cde0faf7/1355906022603/bellagio-future-health-markets-statement-final.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

ROCKEFELLER FOUNDATION;

SAVE THE CHILDREN; UNICEF;

WORLD HEALTH ORGANIZATION.

2013. **Universal health coverage: a commitment to close the gap.** Londres: Save the Children, 2013.

RODRIGUES NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.).

Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 63-91.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma

abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 37-59, 2014.

RODRIGUES, P. H. A. et al.

Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1147-1166, 2013.

RODRIGUES, P. H. A.; KORNIS, E. M.

Universalidade e focalização, reflexões sobre o pós

neoliberalismo nas políticas sociais.

Apresentação feita ao 6. Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Rio de Janeiro, 2013.

RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S.

Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011.

SALLUM JÚNIOR, B. Transição política e crise do Estado. **Lua Nova**, São Paulo, n. 32: 133-167, 1994.

_____. Metamorfoses do Estado brasileiro no final do século XX. **RBCS**, São Paulo, v. 18, n. 52, p. 35-54, 2003.

SANTOS, D. L. **Política, saúde da família e acesso a serviços de média e alta complexidade: o caso**

de Rio do Prado. 2013. 104 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SÃO PAULO. **Decreto nº 52.423, de 29 de novembro de 2007**. Institui o Programa PRO SANTA CASA de apoio técnico e recuperação financeira das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. Casa Civil, São Paulo (Estado), 29 nov. 2007. Disponível em:

<<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2007/decreto-52423-29.11.2007.html>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

SHELLER, F. Assistência médica de empresas é vista como fim da dependência do serviço oferecido pelo Governo. **O Estado de S. Paulo**, 6 jun. 2011. Disponível em: <[\[as/economia,no-brasil-saude-lidera-busca-por-beneficios,74918,0.htm\]\(http://economia.no-brasil-saude-lidera-busca-por-beneficios,74918,0.htm\)>. Acesso em: 28 nov. 2013.](http://economia.estadao.com.br/notici</p></div><div data-bbox=)

SILVA, A. R. T.; FERREIRA, S. S.; SANTOS, I. S. **Gastos Públicos com Saúde**: estudo do incentivo à assistência à saúde privada dos trabalhadores públicos e seus dependentes no período de 2003 à 2013. Estudo ainda não publicado (s.d.).

SILVA, R. M. **Programa “Aqui tem Farmácia Popular”**: expansão entre 2006-2012 e comparação com os custos da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2014. Tese (Doutorado). – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2014.

SOPHIA, D. C. A Revista Saúde em Debate como fonte e objeto de estudo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 1, p. 1403-1412, 2013.

STUCKLER, D. et al. **The political economy of universal health coverage: background paper for the global symposium on health systems research 16-19 november 2010.** 2010.

Disponível em:
<<http://www.pacifichealthsummit.org/downloads/UHC/the%20political%20economy%20of%20uhc.PDF>>. Acesso em: 09 abr. 2014.