

Os 'donos' do SUS

The SUS 'owners'

Los 'dueños' del SUS

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues | pharodrigues@gmail.com

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, Brasil.

Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, Brasil.

Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil.

Resumo

Este artigo trata da disputa entre o setor privado de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), que vem favorecendo de forma crescente o primeiro. Aborda as relações entre o subsídio fiscal ao setor de saúde privado e o fato de o gasto em saúde no Brasil ser majoritariamente privado; a mudança da tática dos prestadores privados de serviços saúde que, ao contrário da Reforma Sanitária Brasileira, levou o SUS a utilizá-los para venderem serviços ao setor público; as relações entre a municipalização do sistema e a garantia de compra de serviços do setor privado; e a crescente privatização da gestão dos serviços públicos de saúde através das organizações sociais de saúde (OSS). O artigo procura mostrar como essa disputa vem ocorrendo de forma desigual, em prejuízo do SUS e do interesse público.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; financiamento da assistência à saúde; setor privado; setor de saúde suplementar; prestação de assistência à saúde.

Abstract

This article deals with the dispute between the private health sector and the public unified health system of Brazil (Sistema Único de Saúde - SUS), which has been increasingly favouring the former. It addresses the relationships between the fiscal subsidy to the private health sector and the fact that health spending in Brazil is mostly private; the change in the tactics of private providers of health services that unlike the Reforma Sanitária Brasileira (Brazilian Health Reform) has led the SUS to use them to sell services to the public sector; the relations between the municipalization of the system and the guarantee of the purchase of private sector services; and the increasing privatization of the management of public health services through OSS - organizações sociais de saúde (social health organizations). The article tries to show how that dispute has been occurring in an unequal way, to the detriment of the SUS and the public interest.

Keywords: SUS - Sistema Único de Saúde (unified health system); healthcare financing; private sector; supplemental health sector; delivery of health care.

Resumen

Este artículo trata de la disputa entre el sector privado de salud y el sistema único de salud brasileño (Sistema Único de Saúde - SUS), que favorece cada vez más el primero. Se ocupa de las relaciones entre la subvención fiscal al sector de salud privada y el hecho de que el gasto en salud en Brasil es en su mayoría privado; del cambio de la táctica de los proveedores privados de servicios de salud que, a diferencia de la Reforma Sanitária Brasileira (Reforma Sanitaria Brasileña), llevó el SUS a utilizarlos para vender servicios al sector público; de las relaciones entre la municipalización del sistema y la garantía de compra de servicios del sector privado; y de la creciente privatización de la gestión de los servicios públicos de salud a través de las OSS - organizações sociais de saúde (organizaciones sociales de salud). El artículo pretende mostrar como esa disputa se está produciendo de forma desigual, en detrimento del SUS y del interés público.

Palabras clave: SUS - Sistema Único de Saúde (sistema único de salud); financiación de la atención de salud; sector privado; salud complementaria; prestación de atención de salud.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Contribuição dos autores: o autor é responsável por todas as etapas do texto.

Declaração de conflito de interesses: nenhum

Fontes de financiamento: não houve

Considerações éticas: nada a declarar

Agradecimento/Contribuições adicionais: nada a declarar

Histórico do artigo: Submetido: 21.nov.2016 | Aceito: 01.dez.2016 | Publicado: 23.dez.2016.

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciiis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Introdução

Fui convidado para tratar do instigante tema “os donos da saúde”, no II Diálogos PenseSUS, organizado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz) que aborda o conflito público X privado na saúde na atual conjuntura. Ora como temos no país o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público para todos os brasileiros, acho interessante discutir a questão com relação ao mesmo. Mas como o SUS haveria de ter ‘donos’, ou seja proprietários, possuidores, ou pessoas que tenham completo controle sobre o mesmo no sentido dado pelo Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa?¹ Tal situação não seria um completo contrassenso? Mas se formos pensar seriamente no assunto veremos que não é bem assim e que num certo sentido pode-se dizer que o SUS tem donos sim, mas quem seriam os mesmos? E como tal controle privado sobre o mesmo surgiu, se desenvolveu e vem se mantendo?

O primeiro elemento a ser investigado para encontrarmos as formar com que os ‘donos do SUS’ surgiram é verificar como se dão os gastos em saúde no Brasil. Pois os gastos em saúde no Brasil são mais privados do que públicos (53% do total), segundo as estatísticas publicadas pela OMS. Na verdade, das dez maiores economias do mundo em 2013 – EUA, China, Japão, Alemanha, França, Reino Unido, Itália, Brasil, Índia e Canadá – apenas na Índia (71,4%) o gasto privado superava o do Brasil, e nesse país não há um sistema público de saúde como o nosso. Mesmo nos EUA, que tem o maior mercado privado de saúde no mundo, o gasto público supera o nosso, atingindo 51,8% do total². E por que isso ocorre num país que denomina o seu sistema público de saúde de “único” e assegura o direito de todos à saúde?

Uma das razões que explicam isso é que o setor privado de saúde brasileiro recebe subsídio fiscal do Estado Brasileiro desde 25 de outubro de 1966, quando foi promulgado o Código Tributário Nacional (Lei nº 5.172). Desde então o Estado brasileiro permite o desconto no imposto de renda de 100% dos valores gastos pelas pessoas e pelas empresas com seguros e serviços privados de saúde³. Ou seja, há mais de 50 anos o Estado brasileiro abre mão de arrecadar recursos que poderiam financiar o SUS em favor dos interesses privados na saúde. E tais subsídios são volumosos como mostra estudo do IPEA, só em 2011, essa renúncia fiscal foi de R\$ 15,807 bilhões, representando 22,5% de todo o gasto federal em saúde⁴. Desta forma, tanto as empresas de seguro privado de saúde, quanto os prestadores privados de serviços de saúde que são competidores diretos do SUS por recursos financeiros, contam com a vantagem do subsídio fiscal público. Ora, esse benefício não constitui uma das formas de controle sobre o SUS? O controle sobre algo não é um dos atributos de ser dono de algo, como registra o dicionário Houaiss, como vimos acima?

O curioso é que durante a luta pela Reforma Sanitária nos anos 1980, por exemplo, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), uma das mais importantes entidades representativas dos prestadores privados de serviços de saúde, foi uma das mais ferrenhas opositoras da nomeação de Hesio Cordeiro para a presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (Inamps)⁵. A oposição ao nome de Hesio Cordeiro se devia ao fato de que este era um dos grandes defensores do direito de todos à saúde. Como não só Hesio se tornou presidente do Inamps, como o direito à saúde foi reconhecido pela Constituição, mudou a tática dos prestadores de serviço. Estes passaram a intensificar suas ações no sentido de tirar vantagens dos recursos financeiros do SUS na prestação de serviços à população. Hoje a maior parte dos leitos de internação e serviços de média e alta complexidade oferecidos pelo SUS são de responsabilidade de prestadores privados. Estes ainda foram beneficiados pela edição da Portaria nº 531 de 30/04/1999, que criou o Fundo de Ações Estratégicas e Compensatória (Faec) que remunera a preços interessantes para o mercado um número importante de procedimentos de média e alta complexidade, como diálises, cirurgias cardíacas, ortopédicas, quimioterapias, radioterapia, entre outros⁶. Ora, o fato de que a maior parte da oferta dos leitos e de procedimentos de média e alta complexidade do SUS esteja sob o controle do setor privado, não configura uma situação de controle ou propriedade destes sobre o mesmo?

Um dos fatores mais preocupantes do funcionamento do SUS é a dificuldade para assegurar a disponibilidade de médicos de certas especialidades, como é o caso dos anesthesiologistas, neurocirurgiões, oftalmologistas e ortopedistas, além de médicos generalistas, particularmente médicos de família. Isto ocorre porque o Estado brasileiro praticamente abriu mão de regular a formação das especialidades no país⁷, não há nem controle sobre o estoque de especialistas em atividade, nem estimativas oficiais sobre as necessidades das mesmas de acordo com o perfil sócioepidemiológico da população brasileira. As sociedades médicas especializadas exercem um grande controle sobre os programas de residência⁸, o que equivale a um controle privado sobre a formação de um dos mais importantes recursos humanos do SUS. O Programa Mais Médicos, hoje contestado pelo atual governo, pretende mudar essa situação, mas pouco avançou em termos da regulação sobre os programas de residência médica, diferentemente do que ocorreu em outros países, como foi o caso de Espanha, França, Portugal, Canadá, entre outros países, que passaram a controlar de forma centralizada a formação de especialidades médicas e a proporção de generalista em relação a especialistas⁹. Ora se o Estado brasileiro não controla a formação de uma das mais importantes categorias de profissionais de que o SUS necessita, e praticamente entregou para entidades corporativas dessa profissão boa parte desse controle, não se pode dizer que os médicos não são de certa forma ‘donos’, ou controladores do SUS?

A municipalização do SUS, que supunha-se contribuiria para a democratização de sua gestão pela crença que quanto mais perto a gestão do mesmo estivesse dos cidadãos, mais estes poderiam influenciar no mesmo ajudou a estabelecer outros ‘donos’ do Sistema tratam-se dos prefeitos e vereadores, que como veremos estão muito associados aos prestadores privados de saúde. Ao se optar por este caminho, esqueceu-se de que a grande maioria dos municípios brasileiros é muito pequena – 70% tem menos de 20 mil habitantes, quase 90% tem menos de 50 mil pessoas⁶ – e sequer pode ter um ‘sistema’ de saúde, no máximo unidades de atenção primária. O mais grave é que o poder municipal é a forma mais tradicional e conservadora do poder político brasileiro, controlada desde os tempos da colônia pelos interesses oligárquicos dos grandes proprietários de terra. Nos pequenos municípios, que são a grande maioria os cidadãos pouco podem contra o poder oligárquico dos grandes proprietários de terra que controlam o poder político, as secretarias e conselhos municipais de saúde. E esses ‘donos’ do SUS são parentes, sócios ou amigos dos prestadores privados de serviços de saúde que dominam a oferta de serviços do SUS na maior parte do território nacional.

Estudo realizado na Microrregião de Saúde de Almenara, no Vale do Jequitinhonha (MG) mostrou que apesar de 97% da população depender exclusivamente do SUS, a oferta de serviços de média e alta complexidade na região é insuficiente e essencialmente privada, além disso a oferta dos mesmos pelos preços estabelecidos nas tabelas do SUS é reduzida pela insuficiência dos tetos financeiros estabelecidos pela Programação Pactuada Integrada (PPI)¹⁰. Tais aspectos determinam determina as seguintes situações: a primeira é que os municípios têm de contratar a maior parte dos serviços a preços de mercado com a rede privada; a segunda é que os pacientes têm muitas vezes de serem enviados para tratamento fora de domicílio, muitas vezes a centenas de quilômetros de suas residências, com alto custo para o SUS e sacrifícios pessoais e familiares. Ambas as situações criam tanto um ambiente favorável para o estabelecimento de negócios entre o sistema público de saúde e os prestadores privados, desfavoráveis para o primeiro, quanto para a exploração clientelista de vagas para os serviços, transporte e hospedagem.

Não se pode esquecer de acrescentar a esta lista de ‘donos’ do SUS, outros mais recentes, como as grandes companhias atacadistas de medicamentos e as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Os primeiros passaram a controlar o fornecimento dos produtos oferecidos pelos programas Farmácia Popular e Aqui tem Farmácia Popular, cobrando preços abusivos pelo fornecimento de medicamentos para esses programas do SUS, como mostrou Rondineli Mendes¹¹. Desde 1998, a partir da experiência pioneira desenvolvida pelo Estado de São Paulo, as OSS vêm dominando cada vez mais a gestão de serviços públicos de saúde em

diversos pontos do país. Elas substituem o serviço público por serviços terceirizados orientados pela lógica de gestão por resultados, implantada pela reforma do Estado dos tempos de Fernando Henrique Cardoso. O que passou a ser valorizado, portanto, é sobretudo o desempenho em termos do número de atendimentos realizados e não a qualidade do cuidado de saúde às pessoas. A lógica privada das OSS passou a dominar boa parte dos serviços públicos de saúde brasileiros, com financiamento 100% público, obviamente. Como vimos são muitos e não param de se multiplicar os ‘donos’ do SUS, enquanto o interesse público vem perdendo espaço a cada dia.

Referências

1. Houaiss A; Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
2. World Health Organization (WHO). World Health Statistics, 2013. Geneva: WHO; 2013.
3. Rodrigues PHA. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 21(1):37-59, jan.-mar. 2013.
4. Ocké-Reis CO. Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde – 2003-2011 (IPEA, Nota Técnica n. 5). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2013.
5. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Medicina Social e Saúde Coletiva: Nelson Ibañez entrevista Hésio Cordeiro. Publicado em 13/03/2014 08h03 [citado 20 nov. 2016.]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/03/medicina-social-e-saude-coletiva-entrevista-com-hesio-cordeiro/>
6. Rodrigues PHA, Santos IS. Saúde e cidadania, uma visão histórica e comparada do SUS. Rio de Janeiro: Atheneu; 2011.
7. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 29(1):266-277, 2007.
8. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface – Comunic, Saúde, Educ. Botucatu, 2(3):51-71, 1998.
9. Rodrigues PH, Ney MS, Paiva CHA, Souza, LMBM. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23(4):1147-1166, 2013.
10. Santos, DL, Rodrigues, PHA. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 38(103):744-755, 2014.
11. Mendes, R. 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. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014.