



**Relatório Final do Seminário Gestão Pública na Saúde:
alternativas para a consolidação do direito universal**

Relatores:
Gabriel Semerene
Margareth de Oliveira
Rafael da Soler

Data: 10 e 11 de dezembro de 2009
Local: Hotel Grand Bittar
Brasília – Distrito Federal

SUMÁRIO

Mesa de Abertura	4
Mesa I - Avaliação do Atual Modelo da Gestão Pública do SUS e do Financiamento Público na Saúde.....	5
Expositores convidados:	6
Beatriz Dobashi (Presidente do CONASS).....	6
Gilson Carvalho (IDISA/CONASSEMS).....	10
Luiz Carlos Hauly (Deputado Federal).....	16
Darcísio Perondi (Deputado Federal).....	18
Pepe Vargas (Deputado Federal)	19
Sérgio de Andrea Ferreira (Comissão de Juristas).....	22
Mesa II - A Efetivação dos Princípios e Diretrizes Constitucionais: desafios para a reforma do Estado e da administração pública	27
Expositores convidados.....	28
Jairo Bisol – Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA)	28
Álvaro Ciarlini (TJDF)	30
Cátia Gisele Martins (Associação Nacional dos Membros do Ministério Público – CONAMP)	32
Gilson Carvalho (CONASEMS)	33
Debate.....	35

Comentários dos palestrantes	40
Mesa III - Modelos atuais de gestão de sistemas e serviços de saúde:	
limites e inovações.....	44
Expositores convidados.....	44
Roberto Passos Nogueira (Presidente do CEBES/IPEA).....	44
Valéria Salgado (Ministério do planejamento, orçamento e gestão)	47
Francisco Batista Júnior (CNS).....	51
Lenir Santos (IDISA).....	53
Debate.....	57
Comentários dos expositores	59
Debate.....	62
Mesa IV - Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal.....	
Expositores convidados.....	65
José Carvalho de Noronha (Fundação Oswaldo Cruz)	65
Beth Barros (IPEA).....	67
Carlos Octávio Ocké Reis (IPEA/ANS)	69
Nilo Brêtas (CONASEMS).....	72
Wilson Alecrim (CONASS)	73
Ligia Bahia (ABRASCO/UFRJ).....	74
Debate.....	77
Comentários dos expositores	82

**Seminário Gestão Pública na Saúde: alternativas para a
consolidação do direito universal**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Mesa de Abertura

Data: 10/12/09

Roberto Passos Nogueira (Presidente do CEBES)

Inicia o evento agradecendo a participação dos palestrante convidados, da diretoria e companheiros dos CEBES, professores e todos os interessados presente. Acrescenta que organizar esse seminário, nesta época, em Brasília, não foi uma tarefa fácil, em função de outros eventos que estavam ocorrendo simultaneamente, mas foi confirmado os convidados e palestrante que se pretendíamos.

Agradece especialmente ao "mentor intelectual" Nelson, escreveu o termo de referência para o evento, e que foi aperfeiçoado por uma plêiade de colegas do CEBES, não é um artigo de revista científica, e sim uma coletânea de reflexões crítica sobre o sistema de saúde e seu futuro. Relata que Nelson é um precursor da reforma sanitária e quando Dr. Roberto chegou no ministério da saúde em 1977, o Nelsão e o Chicão já comandavam o Pias, que é o primeiro esboço numa proposta de reforma do sistema de saúde.

Refere que a primeira mesa é dedicada a uma análise política da conjuntura do sistema de saúde atualmente.

Faz a apresentação de um vídeo com duração de vinte minutos sobre o CEBES, com depoimentos de pessoas ligadas a área e a história do CEBES, fala sobre a importância, responsabilidade e o papel da CEBES no que se diz respeito a saúde, bem como todas as áreas em que ela engloba.

Dá início a primeira mesa passando a palavra para o coordenador Nelso Santos .

Mesa I - Avaliação do Atual Modelo da Gestão Pública do SUS e do Financiamento Público na Saúde

Nelson Rodrigues dos Santos (Coordenador da Mesa I)

Inicia agradecendo as palavras fraternas e afetivas do Dr. Roberto, companheiro de algumas décadas de lutas políticas e sociais. Considera que a organização do debate foi coletiva pela equipe do CEBES.

Explana sobre os assuntos que serão abordados, expectativas, desafios e motivação do evento e da alta competência dos palestrantes envolvidos nela.

Explica as grandes dificuldades que acompanha o desenvolvimento do SUS que são o subfinanciamento drástico que atravessa todos os governos, e a forma secular de estado herdada, e que nesses vinte e um anos não foi reformado, mostrando uma estrutura ultrapassada de estado, e conclui que esses temas serão bem debatidos nessa primeira mesa.

Divulga a proposta de lei orgânica para a administração pública e entes de colaboração, livro composto por uma comissão de sete juristas renomados em todo o país. Fala ainda que o documento final apresentado pela comissão de juristas é autoral e elaborado com total autonomia científica, sem quaisquer interferências do governo federal e, portanto, não reflete posicionamentos do Ministério. Diz que houve ampla liberdade de avaliação da matéria, não tendo ocorrido sujeição a diretrizes impostas pelo poder público ou interferência de qualquer outra origem. E conclui que essa proposta pode ser um patamar inicial novo, pois não se tinha ainda uma proposta mais abrangente no ponto de vista doutrinário, conceitual e estratégico de reforma de administração pública no país no país.

Considera que o evento é uma tentativa de trazer caminhos não previstos e soluções, e o relatório do evento pode ser um dos marcos entre poucos, abrindo possibilidades reais de aglutinação de forças em defesa do SUS.

Convida e apresenta os participantes da Mesa I.

Expositores convidados:

Beatriz Dobashi (Presidente do CONASS)

Inicia fazendo um comentário sobre o vídeo, onde foi falado muito da reforma sanitária e que muitos presentes participaram desse momento que foi importante para a construção da saúde como direito de cidadania. A partir do momento em que o ministério da saúde assumiu o comando do sistema e passou a coordenar as diretrizes da saúde no Brasil, começamos a viver um momento normatização excessiva. Muito se falava da burocracia do SUS e do ministério especificamente. Não se conseguia tomar conhecimento das inúmeras portarias que saíam e existia uma confusão grande na gestão e na operacionalização do sistema em função dessa normatização excessiva. Em 2002 e 2003, começou a retomar uma discussão que era o cerne do movimento da reforma, quando se disse que saúde era direito de todos e dever do estado, colocando o estado como o poder público de uma forma geral, sem especificar municípios, estados e união. Ali estava a idéia da reportabilidade solidária pelo cumprimento desse dispositivo da saúde como direito de cidadania. Então essa discussão procurou retomar esse sentimento de solidariedade entre as esferas administrativas e foi assim que nasceu e foi celebrado o pacto pela saúde 2006.

Afirma que se manteve uma oficina importante em agosto de 2004, que deu início a essa discussão para revisar todo o processo normativo do SUS e discutir diretrizes, metodologia de trabalho, conteúdos, para que se pudesse estabelecer um processo real de pactuação a respeito das questões que eram fundamentais para o SUS. Uma oficina formada basicamente por gestores, com contribuições de figuras importantes e pessoas das universidades. Esse pacto pela saúde teve três dimensões: a primeira dimensão é o pacto em defesa do SUS, a segunda seria o pacto pela Vida e a terceira, o pacto de Gestão.

Explica os tipos de pactos. O Pacto em Defesa do SUS significa um compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos. Com esse compromisso os gestores reconhecem a necessidade de romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais. O pacto pela Vida seria um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados

da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. Já o pacto de Gestão contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90. Ele estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Também avança na regionalização e descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes permitindo uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. Ainda propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados, e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos e reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo os chamados colegiados de gestão regional, que tem a participação de gestores municipais e estaduais, o que qualifica as decisões de nível local e regional. No pacto de gestão, outra ferramenta importante é a regulação vista como garantia de acesso e como controle de qualidade, onde cada prestador responde apenas a um gestor e a regulação da assistência deve ser preferencialmente do município conforme o desenho da rede de atenção pactuado na CIB onde são observados alguns princípios, como a descentralização, municipalização e comando único, a busca da escala adequada e da qualidade, a complexidade da rede de serviços locais, a efetiva capacidade de regulação e a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS. Também nesse pacto não se pensa em um modelo predeterminado.

Fala do controle social, existem algumas ações para apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que possam exercer plenamente os seus papéis, para aprovar o processo de formação de conselheiros. Ações ainda para estimular a participação e avaliação dos cidadãos aos serviços de saúde, para apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS, apoiar a implementação ou implantação de ouvidorias nos estados e municípios e o processo de mobilização social em defesa do SUS.

Mostra que na gestão do trabalho e educação na saúde o compromisso pela desprecarização dos vínculos, (que foi uma coisa crescente nos últimos anos) pela formação condizente com os novos

modelos de atenção e pela adoção de uma política de educação permanente que contemple a **interdisciplinaridade** e a articulação com os processos de trabalho. No planejamento, há uma valorização do reconhecimento das necessidades de cada território explicitadas nos planos de saúde, os quais devem contemplar os compromissos do Pacto.

Aponta o reconhecimento do RAG (relatório anual de gestão), como mecanismo de prestação de contas entre os gestores e objeto do controle social, porque apesar de ser ainda uma decisão incipiente e muitas vezes desconsiderada pelos órgãos de controle, significa um primeiro passo para o avanço no sentido das três esferas do governo podem ser consideradas parceiras e co-responsáveis na saúde da população. A questão do financiamento que é um dos objetivos da mesa, e também é colocada tanto no pacto de gestão como no pacto pelo SUS, aponta pra necessidade do financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal são explícitas e estabelecem relações contratuais entre os entes federativos. As mudanças mais recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS tiveram como pano de fundo o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS 399/2006) e as transferências federais para estados, Distrito Federal e municípios passaram a ser ordenadas em seis grandes blocos (atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS e investimentos na rede de serviços de saúde). Com a criação desses blocos houve um aumento na flexibilidade dos recursos, mas os fatos desses recursos ainda permanecerem enclausurados e mais que isso, o fato de alguns componentes não se articularem (o dinheiro permanece segmentado), fica clara a dificuldade na capacidade de inovar e na agilizar a gestão na saúde.

Explica que em relação aos aspectos do financiamento da saúde, se fala de alguns aspectos principalmente ligados aos gastos em saúde no Brasil fazendo comparações internacionais segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) a economia global em saúde está crescendo mais rapidamente do que o produto interno bruto (PIB), aumentando sua participação de 8% para 8,6% do PIB mundial entre 2000 e 2005. Em termos absolutos, ajustados pela inflação, isto representa um crescimento de 35% na despesa mundial com saúde num período de cinco anos. (World Health Organization, 2008). Em valores relativos (% do PIB) o Brasil (7,9%) gasta menos do que Argentina (10,2%) e Uruguai (8,1%). Em valores per capita perde também para esses países e para o Chile. Os sistemas de saúde de atenção universal apresentam gasto total em saúde

relativamente alto, financiamento público superior ao privado, recursos oriundos de impostos gerais, gratuidade, gasto e cobertura privados residuais ou pouco significativos. No Brasil, ao contrário, só as características de recursos oriundos de impostos gerais e gratuidade estão presentes no sistema. O percentual do gasto público em saúde é inferior ao privado e o valor per capita público é muito baixo quando comparado com países de sistemas semelhantes. Os avanços previstos com o advento da EC 29, em 2000, não se concretizaram pela falta de regulamentação. Essa emenda nos parecia uma solução importante para a questão financiamento, mas se tornou praticamente inócua pela falta da regulamentação.

Considera a importância de apontar os desafios que se tem com de todo esse cenário. Primeiro a questão da própria política, depois os modelos assistenciais na atenção básica, na atenção especializada e nos hospitais, o incremento tecnológico, o financiamento, o trabalho em saúde e a formação profissional e a flexibilidade organizacional.

Informa que quando se fala em desafio da gestão na saúde precisa falar da autonomia dos entes federados, da municipalização e do processo de renovação eleitoral, a cada quatro anos. A questão da urbanização e a formação de metrópoles. Os orçamentos públicos, a limitação dos recursos e as dificuldades de execução desses recursos escassos, a emenda 29, enfim, esses estrangulamentos dizem respeito ao desafio da política e do financiamento.

Explica que em relação ao incremento tecnológico existem dois grandes aspectos que centralizam o tema. Primeiro o sistema de informação, onde não se consegue ainda que seja realmente uma ferramenta de gestão. Não se consegue usar informação para o processo de tomada de decisão e isso piora cada vez mais, por exemplo, não se evolui com o cartão SUS que deveria identificar inequivocamente o usuário e contribuir para a universalidade e isso foi mais uma burocracia e algo que hoje se pensa o que fazer com esse grande banco de dados. E o segundo aspecto é a necessidade contínua de uso e de renovação da tecnologia.

Fala da questão do trabalho em saúde e a formação profissional, ainda é muito focada na formação profissional dos núcleos das profissões, por saberes especializados e exercitada em ambientes repetidores da prática segmentada. O trabalho em saúde está sempre pautado por objetos muito reduzidos e a clínica é medida em produtos: quantidades, custos, demandas e ofertas, muito mais do que uma gestão eficiente a favor do paciente.

Explana sobre os modelos assistenciais com muita fragmentação nos diversos níveis e desafios, primeiro de fortalecer a atenção primária e a estratégia da saúde da família depois as redes e as linhas de cuidado. A atenção especializada e as pactuações. Os complexos de regulação que significam a integração vertical das redes e serviços de saúde com garantia de acesso e qualidade, e as unidades de emergência hoje superlotadas sendo objeto de estudo nacionais e internacionais pela ineficiência.

Refere-se à flexibilidade e às inovações, começa a se discutir as inovações que encontram no campo das formas de gestão: diretas e indiretas e as experiências de conexão por meio de redes; linhas de cuidados; desospitalização e melhoras de eficiência e eficácia. Considera que existe uma expectativa de melhora da gestão da clínica. A questão da contratação transparente por dentro do sistema e internamente aos equipamentos e contrato um bom contrato de gestão entre os gestores e os serviços e internamente aos serviços por unidades de produção. A gestão da clínica de forma ampliada.

Conclui citando as equipes de referência, os protocolos interdisciplinares, os vencimentos variáveis, avaliação de resultados por unidades de produção e plano de metas organizados em contratos, que fazem parte da utilização combinada de todos esses arranjos e dispositivos, e que melhoram a eficácia e a eficiência clínicas. E finaliza com a frase "um caminho longo que se tem a percorrer, porém ele não prescinde dos princípios e diretrizes que fazem do SUS a maior política de inclusão social de que se tem notícia."

Gilson Carvalho (IDISA/CONASSEMS)

Segue o curso do evento com Gilson Carvalho do IDISA/CONASSEMS representando o segundo componente da Mesa I.

Inicia agradecendo o convite e lança a pergunta: Precisa pensar em saúde como um todo, precisa-se de dinheiro para fazer que tipo de saúde?

Informa que principalmente na questão do financiamento, lamentavelmente, se faz uma gestão ilegal, inconstitucional, baseado em portarias que não obedecem o que ta dentro da legislação, e considera que esses assuntos serão explanados na mesa II, onde serão abordadas as diretrizes e princípios constitucionais.

Coloca como ponto inicial que a gestão pública tem necessidade de contínua avaliação. Isso serve para reforçar aquilo que está correto e corrigir o errado. O tema da reunião é ver o que se pode mexer nesta questão de gestão e fazer uma avaliação. Há unanimidade na existência de problemas de eficiência e de insuficiência, as perguntas não respondidas satisfatoriamente e que levam a má aplicação dos poucos recursos.

Lança mais perguntas: Financiamento de que saúde? Que conceito de saúde? E que modelo de fazer saúde? E afirma que se trabalha com o conceito simples de saúde, onde se diz que saúde é viver mais e melhor.

Relata que o SUS legal: CF-194-200; leis 8080, 8142, 8689 considera que saúde é direito de todos e dever do estado, mas isso não é uma realidade, porque precisa melhorar a questão do financiamento. Os objetivos dos SUS seriam: identificar e divulgar condicionantes e determinantes; formular a política econômica e social para diminuir o risco de doenças e outros agravos; e assistência por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esses objetivos não são prioridades, como deveria e não está sendo prioridade fazer as ações sob esses três aspectos: promoção, proteção e recuperação. A recuperação tem engolido a proposta ampla de fazer saúde dentro da visão da integralidade e repetido muitas vezes na constituição, na lei orgânica de saúde, esta essa tríade de promoção, proteção e recuperação. Como a recuperação é sempre a que mais se ressalta, se gasta mais dinheiro na recuperação da saúde. As funções seriam: regular, fiscalizar, controlar, executar. As diretrizes e princípios assistenciais dos SUS: universalidade, igualdade (equidade), integralidade, intersetorialidade, resolutividade, acesso à informação, autonomia das pessoas e base epidemiológica. Já as gerenciais são: regionalização, hierarquização, descentralização, gestor único, complementaridade e suplementaridade do privado, financiamento e participação da comunidade. E fala dos condicionantes e determinantes por sua vez são: trabalho, salário, casa, comida, meio ambiente, saneamento, transporte, lazer, cultura e educação.

Mostra dados para se ter uma média de quanto se gastou e o que o SUS fez, relativo ao ano de 2008: gasto de 3 bilhões em procedimentos em saúde 1,4 bilhões gastos em atenção básica (primeiros cuidados), 463 milhões em ações de promoção e prevenção (vigilância), 1.068 milhões em consultas e atendimentos, 150 milhões em vacinas, 1,6 bilhões em atenção de média e alta complexidade (MAC), 10,7 milhões em internações. 2,1 milhões em partos e 3,2 milhões em cirurgias, totalizando 5,3 milhões em

internações cirúrgicas. 5,4 milhões em internações clínicas, 10,1 milhões gastos em terapia renal substitutiva (97% da oferta), 455 milhões em exames bioquímicos e anatomopatológicos. 66 milhões gastos em raio-X, 1,6 milhões em tomografia, 16 milhões em ultrassom e 300 mil em ressonância magnética, totalizando 86,6 milhões em exames de imagem e 530 milhões de reais gastos em medicamentos.

Diz que o SUS gasta em média três bilhões de procedimentos em saúde por ano, daí conclui que ele pode não ser o melhor nem o menor, mas com certeza é o maior sistema de saúde do mundo. E que com uma verba tão limitada, e com tantas dificuldades, ainda se consegue realizar muitas coisas.

Fala dos dados dos financiamentos públicos, pela fonte do IBGE, que parece que pela primeira vez arriscou divulgar um número com gasto de saúde no Brasil, somando público e privado e que chega a 224 bilhões em 2007. Esse número mostra uma discrepância e grande aumento nos números, pois não se conhece estudos que mostre explicitamente esses números em 2007 e Gilson ainda mostra que em 2008 os gastos foram com a média de 215 bilhões, na hipótese mais baixa e 219 bilhões, na hipótese mais alta.

Relata que a medida mais correta e refinada que se tem a fazer, é a per capita, que mostra o volume de dinheiro dividido pela população. É imperfeito se fazer pelo PIB e pelo volume de dinheiro. Os dados mostram que a renda per capita em 2008 foi de 545 reais em 2008.

Informa a estimativa do gasto público na saúde do Brasil em 2008 – PC (Fonte: MS-SPO, MS-SIOPS, ANS, IBGE-POF, Estudos GC, PIB PPP: Banco Mundial): Governo Federal 47% (1,7% PIB): 48,7 bilhões de reais, 257 reais por habitante e 176 US\$ PPP (1,46); Governo Estadual 26% (0,93% PIB): 26,8 bilhões de reais, 141 reais por habitante e 97 US\$ PPP (1,46); Governo Municipal 27% (0,96% PIB): 27,8 bilhões de reais, 147 reais por habitante e 101 US\$ PPP (1,46) e total público 100%: 103,3 bilhões de reais, 545 R\$ P/HAB e 374 US\$ (1,46). Pega os valores em reais e divide por habitantes/ano, totaliza um valor de R\$1,49 por dia.

Compara a estimativa do gasto público per capita da saúde no Brasil com outros países no ano de 2006 (FONTE: MS-SPO, MS-SIOPS, ANS, IBGE-POF, ESTUDOS GC, dados dos outros países: OMS). Os países em desenvolvimento: Paraguai com 131 per capita US\$ PPP, México com 327 per capita US\$ PPP, Brasil com 374 per capita US\$ PPP, Chile com 367 per capita US\$ PPP, Uruguai com 430 per capita

US\$ PPP, Colômbia com 534 per capita US\$ PPP e Argentina com 758 per capita US\$ PPP. E os países desenvolvidos: Portugal com 1.494 per capita US\$ PPP, Inglaterra com 2.434 per capita US\$ PPP, Canadá com 2.585 per capita US\$ PPP, França com 2.833 per capita US\$ PPP, Dinamarca com 2.812 per capita US\$ PPP, USA com 3.074 per capita US\$ PPP e Noruega com 3.780 per capita US\$ PPP.

Afirma que dados mostram grandes discrepâncias e se percebe as dificuldades que se passa no Brasil, que têm determinantes e condicionantes mais propícios à doença do que a saúde, se tem muitos problemas não resolvidos e acumulados durante anos e se gasta muito dinheiro para tentar resolvê-los.

Fala da estimativa do gasto público-privado na saúde do Brasil, com base em 2008 (Fonte: MS-SPO, MS-SIOPS, ANS, IBGE-POF, Estudos GC, Estimada Renúncia Fiscal R\$8,7 BI -PF-PJ -med. Filantrop.): Gasto público 48 % e 3,6 % do PIB. O gasto público federal fica com 47% do dinheiro pública (1,7% PIB) equivalente a 4,8 bilhões de reais, o gasto público estadual com 26% do dinheiro público (0,93% PIB) o que equivale a de 26,8 bilhões de reais e o gasto público municipal com 27% do dinheiro (0,96% PIB), equivalente a 27,8 bilhões de reais, totalizando (100%) um gasto público de 103,3 bilhões de reais. Já o gasto privado fica com 52 % (tem dinheiro público de renúncia fiscal) e 3,9% do PIB, subdividindo-se em planos seguros com 51% e com gasto de 56,9 bilhões de reais, desembolso direto com 21% e gasto de 24,1 bilhões de reais e os medicamentos com 28% e gasto de 31,4 bilhões de reais e totalizando (100%) um gasto privado de 112,4 bilhões de reais. Finaliza com um gasto público-privado total (7,5% do PIB) de 215,7 bilhões de reais.

Ressalta o gasto com os medicamentos, que na realidade é maior que 28% (equivale somente a medicamentos comprados em farmácias), a estimativa real é de 50 bilhões de reais com gasto na compra medicamentos, incluindo, assim, o gasto do SUS e dos planos de saúde.

Cita a estimativa da renúncia fiscal da união na saúde com base no ano de 2008 (Fonte: 2007, MF; 2008-Estimativa de crescimento). Média de 2,6 bilhões de imposto de renda de pessoa física com despesas médicas, 2,1 de imposto de renda de pessoa jurídica com assistência médica, odontológica e farmacêutica aos empregados, 1,8 bilhões de renúncia fiscal para entidades sem fins lucrativos e assistência social e 2,2 bilhões de reais para a indústria farmacêutica e medicamentos, totalizando 8,7 bilhões de reais em benefício tributário para saúde.

Fala da virada público-privado, que seria a compensação do dinheiro. Os dados podem ser lidos de maneira diferente se analisados com valores da renúncia fiscal. O gasto privado foi de 112,4 bilhões de reais, se subtrair à renúncia fiscal imposto de renda que é de 4,7 bilhões, se tem 107,7 bilhões de reais. O gasto público foi 103,3 bilhões, se acrescentar renúncia fiscal de imposto de renda que equivale a 4,7 bilhões se tem 108 bilhões de reais. E acrescentar renúncia de filantrópicas e de medicamentos de 4 bilhões, resulta em 112 bilhões de reais do gasto público. Somando o gasto público com o privado, totaliza um gasto de 219,7 bilhões de reais. A per capita público seria 112 bilhões divididos por 189 milhões, totalizando R\$ 591 ou US\$ 405. A per capita privado (plan/seg.) seria 55,8 bilhões por 40,9 milhões, totalizando R\$1.365 ou 935 US\$. Assim somados públicos e todos os privados teriam 219 bilhões divididos por 189 milhões, totalizando R\$ 1159 por pessoa, que equivale a US\$ 794 (internacional – PPP).

Faz colocação sobre o financiamento federal, que o ano em que o ministério da saúde liberou mais recursos na saúde por cidadão, uma média de 278 reais, foi no ano de 1999, o ano anterior a Emenda Constitucional-29.

Mostra os gastos no Brasil por blocos em 2008 baseado na fonte da FNS – estudos GC. Atenção básica com 7,937 bilhões, equivalentes a 23,3%, a média e alta complexidade com 22,098 bilhões, equivalendo 65,0%, a vigilância à saúde com 1,259 bilhões, equivalentes a 3,7%, a assistência farmacêutica com 2,251 bilhões, equivalentes a 6,6%, a gestão com 0,112 Bilhões equivalente a 0,3% e os não regulados ainda com 0,344 bilhões equivalendo a 1,0%, com um total de 34,0002 bilhões.

Fala ainda do crescimento nominal dos recursos federais por grandes blocos, comparando o ano de 2001 e 2009 pela fonte: Orçamentos MS. Atenção ambulatorial e hospitalar em 2001 com 10,888 bilhões e em 2009 com 23,063 bilhões com o crescimento de 112%, atenção básica em 2001 1,790 bilhões e em 2009 3,400 bilhões com um aumento de 90%, medicamentos excepcionais em 2001 0,450 bilhões em 2009 2,320 bilhões, cresceu de 416%, totalizando em 2001 13,138 bilhões e 2009 28,783% e um aumento de 119%.

Mostra o gasto per capita comparado entre os estados brasileiros. Refere que está ocorrendo uma virada com a região norte, nordeste e centro-oeste, que sempre foram as regiões que menos favorecidas e tiveram um crescimento entre 97 e 2008, melhorou mas não chegou a um número suficiente. O estado do Pará, por exemplo, mesmo

sendo a região que mais cresceu neste período, ainda tem uma renda per capita considerada baixa. As regiões sul e sudeste que são as mais favorecidas, também cresceram.

Fala sobre o financiamento nos estados brasileiros e relata os gastos estaduais com a saúde em 2007. São três cálculos. O primeiro feito pela secretaria de fazenda, que são os balanços gerais do estado (BGE), declara um gasto de 24,6 bilhões, que corresponde a 13,14%. O outro foi feito pelo SIOPS que declara gasto de 25,9 bilhões, equivalente a 12,58% e o último, que é a análise final, feito pelos técnicos do SIOPS e afirma um gasto de 22,6 bilhões, equivalente a 10,86%, de todos os estados brasileiros, 11 cumprem e 16 não cumprem o mínimo constitucional para a área da saúde.

Explana sobre os municípios brasileiros, afirma que eles não têm muitos gastos com inativos e sistemas de saúde próprios. Existem municípios brasileiros que estão investindo cerca de 35% do seu dinheiro em saúde, mas a média dos gastos próprios com a saúde, do ano de 2000 a 2008 fica em: 2000 com a média de 13,2% de gasto, 2001 com 14,4%, 2002 com 16,0%, 2003 com 17,5%, 2004 com 18,0%, 2005 com 18,6%, 2006 com 19,7%, 2007 com 19,2% e 2008 com a média de 19,5% com gastos próprios com a saúde.

Faz uma análise de conjuntura do financiamento da saúde em 2009. Existem três passos da votação da regulamentação da EC-29, são eles:

1. Na câmara: em votação o substitutivo que mantém a variação nominal do PIB e cria a contribuição social de saúde (CSS);
2. Senado tem três posições: ou aprova o da câmara; ou mantém o do senado ou mistura os dois sem novação.
3. Lula afirma que veta dinheiro novo para a saúde que vier sem indicação de fonte (CSS).

Identifica o cenário atual e as hipóteses para 2010 dos recursos do ministério da saúde baseiam-se no seguinte: a atual PLOA (VNP) fica com 57,2 bilhões; a câmara (VNP) sem CSS perde 6 bilhões FUNDEB e fica com 51,2 bilhões; a câmara (VNP) com CSS ganha 12,5 bilhões e perde 2,5 bilhões da BRU, mais 6 bilhões da FUNDEB e fica com um ganho final de 4 bilhões e totaliza 61,2 bilhões; o senado original (% RCB), ganha 15,3 bilhões e fica com 72,5 bilhões; e o senado (% RCB com CSS), ganha 15,3 bilhões da RCB, mais 10 da CSS (12,5 CSS - 2,5 DRU = 10 bilhões) e fica com um total de 82,5 bilhões de reais.

Refere que o projeto da reforma tributária em votação no congresso faz mal à saúde, fala que o deputado Perondi, que está presente, pode contar sobre a saga que se passou em fevereiro deste, para poder desmontar o projeto ele teve um papel importante, nessa mobilização.

Finaliza falando das fortalezas e fraquezas da gestão financeira do SUS. As fortalezas seriam: mais dinheiro público no pós-constitucional (municipal: desde 76; estadual: desde 2000); investimento no básico não obstante a pressão da média e alta complexidade (MAC); e mais equidade na distribuição dos recursos entre os estados e regiões brasileiras. As fraquezas: dinheiro insuficiente (falta mais federal e estadual); baixo investimento em promoção e proteção; má ineficiência no gasto; e a perda por corrupção.

Luiz Carlos Hauly (Deputado Federal)

Inicia agradecendo o convite para o evento e a ligação histórica que ele tem com o SUS.

Relata sobre a influência de Milton Lapreca, na década de 70 e começo de 80, na implantação do AIS (ações integrais de saúde), quando o deputado Carlos Hauly era prefeito. Começava em três municípios a experiência do processo de descentralização, tudo era novo e difícil, mas era um desafio imenso. A prefeitura, naquela época, gastava 0,1 com a saúde, ou seja, quase nada. Quando veio a concepção do modelo descentralizado, começou-se as discussões. Logo no primeiro ano, Milton foi para Ribeirão Preto e indicou o Dr. Gilberto, que foi o secretário de saúde daquela época, assim começou o programa de saúde oral e criou-se a Associação Paranaense de Secretários de Saúde, sendo ele (Dr. Gilberto) o primeiro presidente e em sequência surgia o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Nesse processo, Carlos Hauly ficou quatro anos como prefeito e depois foi para a Secretaria de Estado da Fazenda, dando continuidade, houve a mudança do INAMPS para o SUS, e o começo do processo de descentralização no Paraná. Chegou em Brasília em 1991 e influenciou no combate ao imposto único e na aprovação da CPMF para a saúde, cauculando uma média de 45/47 bilhões de reais.

Segue informando que em 1988, o Brasil arrecadava 22,4% do PIP, contra 37% atualmente, caucula-se uma diferença de 14,6%, multiplicado por três trilhões, se tem como resultado um aumento de 438 bilhões de reais hoje, mas fica apenas 103 bilhões, ou seja uma

quarto desse crescimento para a união, estados e municípios. Se existisse uma proporcionalidade e uma definição política no Brasil, se podia ter metade desse crescimento ao longo dos anos. Os estados sociais, os menores países do mundo, que tem um estado de bem estar social, principalmente a Europa tem suas arrecadações acima de 40% do PIB. No Brasil não é só 37% que tem de arrecadação, pois ainda tem de 3 a 4% de déficit público, então se tem, em média, 41% de despesa pública, o governo não tem limites, gastam muito. Este ano a renúncia fiscal federal estava em 101 bilhões de reais, a micro e pequena 25 bilhões de renúncia, no sudeste do Brasil, metade da renúncia está concentrado nas indústrias.

Mostra que quando veio a emenda 29, fez-se um relatório que mostrava quase 25 bilhões de adicionais para o SUS, quando chegou no plenário essa verba foi dilapidada para 5 bilhões. A carga tributária para o medicamento também é muito alta, cerca de 35 a 40%. Os hospitais e as clínicas prestadoras de serviço do SUS, também vão ter uma conta tributária elevada. O Brasil tem o pior, mais ineficiente e iníquo sistema tributário do mundo, mesmo com o sistema caótico o Brasil caminha e avança, o SUS é um exemplo de conquista vitoriosa de mais de vinte anos.

Informa que o sistema tributário do governo, tributa o consumo e não a renda, considera-se assim, um sistema é regressivo, e essa "regressividade" é destrutiva e concentra a riqueza. O governo arrecada, mas a população tem desvantagens. No Brasil hoje, 68% da carga tributária é sobre o consumo, 21% sobre a renda e 3% sobre a propriedade e o restante é previdência que tem natureza o imposto de renda. Os Estados Unidos tem metade da arrecadação oriunda do imposto de renda, do ponto de vista tributário é um país mais social que o Brasil, ele tributa, ganha mais e chega a ter alíquota de 45%. Se o Brasil tivesse um sistema tributário progressivo, a conta dos medicamentos, da estrutura hospitalar, da produção seriam menores, o trabalhador teria mais poder aquisitivo e o Brasil consequentemente cresceria. O ideal para resolver o problema estrutural do Brasil sistema tributário progressivo.

Refere que a descentralização pode progredir desde que se aplique metodologias científicas modernas, não impíricas. O serviço público para o deputado Carlos, é o campo ideal para a administração participatista.

Fala da substituição da CPMF pelo INSS patronal, assim ficaria mais difícil sonegar esse tributo. Uma reforma tributária ideal, com um sistema participativo e continuar a busca por recursos.

Finaliza agradecendo mais uma vez o convite e a oportunidade de estar presente no evento.

Darcísio Perondi (Deputado Federal)

Inicia com agradecimentos e elogios aos outros membros da mesa. Lembra que foi relator da proposta de Renato Jorge, mas à época não tinha preparação necessária. A proposta por fim não avançou. O mesmo se produziu com a emenda constitucional 29, porque se optou pela indexação do investimento na saúde ao crescimento do PIB, mas o país não cresceu, o que levou ao engessamento do movimento.

Ao mesmo tempo, ao se olhar o tripé da seguridade, observa-se que cresceram as somas destinadas à previdência e à assistência social, com programas de compensação como o bolsa família, em escala federal. Quanto às prefeituras, estas enfrentam grande dificuldade, ainda que estejam estáveis no momento, e é sabido que se poderia gastar menos e obter mais resultados, mas há diversos problemas na gestão. Quanto aos estados, há alguns fazendo esforços e outros não.

Manifesta preocupação com a ambição dos tribunais de conta estaduais, que segundo ele estariam politizados, enquanto deveriam ser profissionalizados. Declara ter receios em relação ao TCU, mas disse que no momento este tribunal está bem. O Ministério Público não consegue avançar, limitado pela questão da definição de ações de serviço de saúde, que não consta na emenda 29.

Menciona pesquisa do IBOPE, que confirmou a desaprovação da política de saúde no governo Lula. Segurança e educação são preocupações maiores, mas a desaprovação da saúde é a mais importante. Ainda assim, não importa em que governo, a área econômica continua a dizer que a saúde gasta mal, que há muito dinheiro e que este mal gasta. Este discurso persevera no atual governo, que, segundo ele, perdeu a oportunidade de ser um governo social e de esquerda, fazendo com que o Brasil inteiro perdesse. Como o governo anterior era marcado como neoliberal, a vinda de um governo da oposição inspirou esperanças, mas na realidade, para a saúde, não houve mudanças. Motivo maior núcleo do governo é sindicalistas.

Diz que defende o SUS porque trabalhou numa enfermaria e num posto de vila, assim como provedor de uma santa casa, e conviveu com sindicalistas, que hoje assumiram o país e sempre tiveram plano de saúde.

Relata as discussões no conselho político, nas quais o ministro Temporão, o vice-presidente José Alencar e o ministro Paulo Bernardo Silva foram muito firmes, e as subseqüentes dificuldades surgidas após a elaboração da Emenda Constitucional 29 no senado com o senador Tião Viana. A emenda passou no senado foi para a câmara, quando a área econômica a bloqueou, da mesma forma que havia bloqueado a proposta de Gouveia impondo a inclusão da CPMF, obrigando a introdução da contribuição social para a saúde. A base aliada do governo defendia contribuição sob o argumento de que sem nova contribuição não haveria novo dinheiro.

Entretanto, deputados não queriam e não querem aumentar contribuição, por razões ligadas às eleições, a contribuição não passou. Diz que projeto é do governo, não do congresso, pois foi o governo que fez a mudança na contribuição. Ainda assim, nos últimos meses, o governo abandonou a contribuição social.

Dessa forma, o ano próximo começará sem regulamentação. Assume que houve perda com o fim da CPMF, mas lembra que, de formas alternativas, se arrecadam mais de 20 bilhões de reais.

Finalizando, coloca em pauta o orçamento de 2010, afirmando ser este pior do que o de 2009, com uma dedução de 8 bilhões de reais, sem oferecer nenhum novo serviço. A estimativa é de 23 bilhões, mas na realidade Geraldo Magela tem 14 bilhões para distribuir.

Sobre as eleições, diz que saúde talvez seja grande discussão, a depender da capacidade de mobilização. Acredita que movimento até sendo incompetente por não conseguir puxar os sindicatos e centrais de trabalhadores para o debate da saúde, cujos temas principais atualmente são o financiamento e a aprimoração da gestão. Diversas instituições, inclusive o IPEA, abraçaram o discurso de que há muito dinheiro e pouca gestão.

Finalizando, reconhece que houve muitos avanços, e se for mantida a mesma atitude haverá ainda mais. Sobretudo não se pode perder a capacidade de indignar-se.

Pepe Vargas (Deputado Federal)

Declara apoio à iniciativa do CEBES de propor painel sobre financiamento e gestão. No entanto, opinou que se deve fugir da polarização da questão, pois o problema não é somente o financiamento nem somente a gestão. Além de um subfinanciamento, há também problemas na gestão.

Enfatiza avanços extraordinários – antes, com o INAMPS, acesso a saúde era tão somente reservado a quem tinha carteira assinada. O sistema avançou muito nos últimos 21 anos. Devem-se reconhecer os avanços, ao mesmo tempo apontar problemas. Segundo ele, a mídia nunca reconhece avanços, e, no entanto, os indicadores de saúde vêm melhorando há muito tempo, assim como as condicionantes de saúde, ainda que certamente não com a rapidez desejada.

Quanto aos erros cometidos, diz são causados por diversos fatores, mas o erro originário no caso foi na constituinte de 88. Enquanto a educação lutou pela indexação de percentual de seu orçamento, e a obteve, a saúde ficou sem uma vinculação depois que se perdeu o conceito de 30% da seguridade.

Prosseguindo, se não houvesse a Emenda Constitucional 29, não haveria garantia de gasto do ano anterior corrigido pelo crescimento proporcional do PIB. Atenta que na época da Emenda Constitucional 29, os municípios foram controlados, porém não houve tanta inspeção dos estados.

Explica que a emenda constitucional 29 foi possível porque houve um processo de negociação com executivo e que a proposta original do Gouveia falava em 10% da receita tributária líquida. O projeto era de 2003, e, quando se verificou em 2008, viu-se que dava menos que o resultado do crescimento do PIB.

Propõe também se ampliar os recursos da CPMF para a saúde, o que é impedido por um grande mito, o de que o dinheiro da CPMF não ia para a saúde. Segundo ele, sem a DRU, o dinheiro da CPMF ia sim para a saúde. E, no entanto, no senado foi rejeitada a prolongação da CPMF. Perderam-se 40 milhões de reais sem que houvesse baixa de preços. Quem perdeu foi a seguridade social, a política mais importante da Constituição de 88.

Sobre o projeto 306 atualmente na Câmara, que estipula uma contribuição social para a saúde, avalia que defender a criação de um tributo é impopular. Ainda assim, a tributação da movimentação financeira é extremamente importante num país como o Brasil. Portanto, é necessário apoiar uma nova proposta de taxação da movimentação financeira. Propuseram a CSS, que iria diretamente para a saúde e ampliaria a isenção da contribuição social para a saúde. Quando houve o debate sobre criação de uma nova tributação, Democratas bloquearam a votação.

Explica que há um erro no texto da emenda constitucional 29, no que define o que é ação de serviços públicos de saúde e o que não pode ser considerado como ASPS. Ainda assim, o projeto poderá ser votado na câmara, e certamente não passara, pois falta CSS. No senado, como não há fonte de financiamento, dificilmente prosperará. É preciso pensar em outras possibilidades de financiamento. No fundo social do pré-sal, Palocci incluiu também a saúde. Esta pode ser uma fonte importante.

Sobre a DRU, votou-se e foi concordado que acabou a DRU para a educação. Deve-se fazer um movimento para acabar com a DRU na saúde. No governo Lula, a área da saúde foi a área que teve o menor avanço.

Considera um erro discutir somente o orçamento da saúde, e não o orçamento como um todo. O principal constrangimento do orçamento é a questão da dívida pública. Entretanto, não se pode declarar moratória, o que causaria uma crise profunda. O caminho é começar a discutir outros assuntos. Com a crise, houve espaço para grande debate: ainda assim afirmava-se que se deveriam cortar gastos. O argumento que ganhou foi a redução de juros e outros na mesma linha. A saúde deve entrar no debate.

Ano que vem haverá crescimento da economia, mas diminuição do orçamento da saúde. Deve-se ter dimensão do orçamento que deve ir para infraestrutura, moradia, saneamento, políticas sociais, etc., e condicionantes de saúde.

Sobre a gestão, diz haver problemas neste âmbito, principalmente na gestão do trabalho. O SUS é atualmente repleto de privatizações e terceirizações e a maior parte do PSF encontra-se precarizado. O atual quadro não superará isso, visto que o teto salarial máximo é salário do prefeito, o que impede a contratação de certos profissionais para municípios. Deve-se atentar contra qualquer forma de precarização do trabalho.

Há também problemas ligados ao modelo técnico-assistencial, que é ainda hospitalocêntrico, o que gera instabilidade, falta de vínculos entre equipes, despersonalização, desorganização. Isto se remete à formação do profissional, atualmente voltada à especialização.

Sugere que se devem discutir tópicos como a tecnologização e a medicalização, a ouvida, o acolhimento, etc.

Finaliza observando que se enfrenta um enorme desafio. Todos têm preocupações como essas e tantas outras, e portanto deve-se aprofundar o debate. Já há um arcabouço, ainda que com alguns desvios, mas o importante é não estar vencido. A meta atual deve ser tentar evoluir na regulamentação da emenda 29.

Sérgio de Andrea Ferreira (Comissão de Juristas)

Apresenta o anteprojeto de lei sobre a organização administrativa, que não trata da administração pública em si, mas de entes em torno. A comissão de elaboração contou com diversos especialistas de campos distintos, tais como Maria Sylvia Zanella di Pietro, Carlos Ari Sunfeld, Floriano Marx, Maria Coelli, pessoas de muita expertise em matéria de gestão pública, e outros.

Explica que a comissão tinha, por sua própria constituição, diversas origens e ideologias, o que rendeu um debate rico e acirrado. Por fim, o presidente teve de usar votação, e acabou por prevalecer aquilo que a maioria entendia ser o mais correto, mais adequado. A votação foi quase consensual, ainda que com ressalvas por parte de alguns membros. Afirmou que o governo não teve a menor influência no trabalho, que decorreu em absoluta liberdade.

Reconhece que é possível se perguntar por que perder tempo com um anteprojeto, visto que muitas vezes estes não têm o curso adequado. Justifica dizendo que o anteprojeto partiu de uma comissão de professores com experiência administrativa, e traduz a tentativa de sistematização, daquilo que já existe e daquilo que se entende como necessário: jurisprudência, doutrina, etc., levou-se tudo em conta. Desde logo, o trabalho distanciou-se do objetivo inicial da comissão: entendeu-se que ao invés de fazerem um anteprojeto de lei exclusivamente sobre a administração pública federal, dever-se-ia abranger a administração pública de todas as entidades públicas.

Afirma que uma lei nacional nesse âmbito se impunha, e não é apenas uma opção. A organização administrativa da constituição de 88 alçou um patamar da organização político-administrativa, de uma parcela fundamental do governo e do poder político como um todo, que foi tratada num capítulo especial. A constituição dá à união a competência privativa para legislar sobre ramos do direito que estão envolvidos no caso. Na elaboração do anteprojeto, teve-se que tratar com as espécies de pessoas jurídicas e campos de atuação e vinculações com o governo.

Tal abordagem pareceu indispensável, e o mais correto seria ter uma lei nacional, uma lei orgânica da administração pública como um todo, com normas gerais e fundamentais a serem complementadas por entes federais locais.

Passando a outro ponto importante, explica que desde logo se compreendeu que não se fazia apenas a distinção entre administração pública e privada, e sim de direito do Estado, tudo aquilo que está no governo e aquilo que se vincula ao governo e tudo aquilo no que o governo ingere. Isto inclui figuras do direito privado, fundações, etc. Tal critério fez que os membros da comissão tivessem que lidar com aquilo que era intragovernamental, paragovernamental e o que tem vinculação com o governo, mesmo sendo privado.

Na elaboração, fez-se uma distinção entre os órgãos, entes e atividades que são próprias do Estado, isto é, indelegáveis, como a polícia, as regulações, etc., e entre empresas do governo, assumindo que estas deveriam ter regime diverso. Acrescentou-se um terceiro viés – para-estatal, atuando no campo social, atentando ao fato de que não há instrumentalização adequada para o exercício dessa parcela, sobretudo em sua atuação social. Neste âmbito, o direito social esteve sempre dentro das preocupações principais. O trabalho traduz, então, ordens constitucionais – a ordem política, administrativa, econômico-financeira e social.

Por outro lado, havia igualmente preocupações com a superação do Estado burocrático, patrimonialista e formal para passar-se para um Estado eficiente e eficaz. Procurou-se dosar todas as partes, buscando maior agilidade do poder público e de outros entes o que na saúde é fundamental.

Outro ponto importante apontado é que, mesmo contendo a comissão membros de outros governos e com outras ideologias, em momento algum se permitiu a privatização. O trabalho tem uma marca social expressiva.

Passando ao quadro de apresentação, explana as premissas em relação à competência do Estado na saúde. A constituição trata a saúde como dever do Estado. Portanto, o Estado deve ter a instrumentalização adequada para garanti-lo. As políticas sociais e econômicas são do Estado – incluindo, em termos de saúde, a recuperação, a promoção e a proteção.

A atuação estatal é assumida como ponto nodal. Os serviços e atuações de saúde foram considerados como serviços de relevância

pública. Ao poder público compete a normatização legal e a regulação. O poder regulatório é necessário e sempre foi existente no campo do trabalho. Regulação vai atingir terceiros, portanto é preciso que se enquadre na lei.

Também são competência do poder público a fiscalização e o controle. A fiscalização refere-se a algo externo, enquanto que o controle está associado a ingerência e interferência. Fala-se do controle jurisdicional da administração pública, promulgado sentenças mandamentais e outras instâncias da parte do judiciário. Este controle dá ao poder público uma posição de hegemonia total.

A constituição revê a execução de serviços públicos de saúde através do SUS, distinguindo entre prestação direta e por terceiros. Isso se deve à atuação do "centrão" durante a constituinte, especialmente no campo social, que adicionou a palavra "terceiros".

Quanto ao espaço sócio-estatal, a comissão compreendeu que não existem apenas o setor público estatal e o setor privado, mas também um "meio-campo" importante. Assim, deu-se a seguinte classificação:

- Setor público estatal: compreendendo os poderes públicos, mas também instituições de provedoria de justiça, como o Ministério Público e a defensoria pública. Servindo a essa estrutura, há a administração pública.

- Paragovernamental, isto é, não-governo e não-privado. Setor público não-estatal, como serviços sociais autônomos, a OAB, etc. Trata-se de setor muito útil em termos de flexibilização e agilização. Ressalta que não é fuga do que é governamental, mas fuga da ordem privada. Ademais, o intermédio com o governo permite no campo social uma atuação apropriada.

- Setor privado, classificado em setor complementar, ou aqueles que colaboram com o setor público e desenvolvem atividades de interesse público, como organizações sociais, filantrópicas, contratadas pelo governo. Há também o mercado, o setor social e a ordem privada civil.

O anteprojeto em termos de organização político-administrativa distingue organização política e organização administrativa. Esta última pode ser direta ou indireta, de acordo com o tipo de entidade estatal: administração direta por pessoas político-administrativas e administração indireta por entidades administrativas.

A administração direta é caracterizada por órgãos despersonalizados, e sua estrutura principal é a hierarquia, ainda que com certa dose de autonomia, pois é prevista a descentralização. No entanto, há uma tendência à centralização no país, que faz com que a administração pública seja também centralizada. Procurou-se dar corpo àquilo que a constituição federal prevê, estabelecendo a concessão de uma autonomia especial, mais ampla do que a própria desconcentração, em forma de contrato. A este contrato deu-se o nome de "contrato de autonomia". Os órgãos que estabelecem este contrato têm responsabilidades e devem preocupar-se com seu desempenho. Por outro lado, há maior campo de opção e de atuação e autonomia, o que confere flexibilidade e autonomia gerencial.

Sobre a questão gerencial, ressalta o papel importante do gestor, que é mais que um administrador – além da capacidade executiva, o gestor também tem a capacidade das opções. O judiciário e o ministério público, para assegurar direitos sociais, entendem que hoje praticamente não há poder discricionário, pois a administração está toda vinculada. A gestão traduz essa realidade, mas hoje o gestor público tem que ter cada vez mais poder discricionário, para tornar processos mais ágeis.

Resumindo a ideia de contrato de autonomia, dar, desde a administração direta, maior flexibilidade, o que, para área da saúde, é muito importante, para que muitos órgãos de administração direta que executam serviços de saúde continuem fazendo-o. Está previsto também o bônus de incentivo, aplicável quando o órgão que contrata supera metas e recebe benefício remunerado.

Na administração indireta, há as entidades personalizadas, criadas por lei ou com autorização legislativa, como reflexos na área de saúde, que se dividem em várias classes ou distinções: a primeira é entre as entidades de direito público e direito privado – costuma-se superestimar essa distinção, que só tem um significado: deve ser pessoa jurídica de direito público aquela que tem que exercer uma parcela do poder de império (poder regulatório, etc.). Senão, deve ser entregue, dentro da administração mesmo, a uma entidade de direito privado, aquela que não detém este poder.

Quanto à controvérsia em relação à natureza da fundação pública, se é de direito privado ou público, centrou-se na posição de que toda pessoa administrativa, dentro da administração pública, é autarquia, não importa o nome, se exerce o poder de império, é autarquia. Toda pessoa administrativa dentro da administração pública é autarquia e teria de se transformar em autarquia em 180 dias, de acordo com o

anteprojeto. Autarquias podem prestar serviços públicos não econômicos, como administrativos e sociais. Acredita que autarquia não é melhor instrumento para atuar no campo social, pois o campo social precisa de tanta flexibilidade e agilidade quanto o campo econômico.

Dentro das autarquias, há as comuns e as administrativas. As autarquias estão sujeitas ao mesmo regime da administração direta, sua autonomia é sempre pequena, porque poderia ser um órgão de administração direta que passa a ter personalidade jurídica. De qualquer maneira previu-se a existência de autarquias especiais, como o consórcio público, as autarquias regionais, e autarquias com maior autonomia, de acordo com a lei. Esta autonomia é de toda forma limitada por causa de linhas gerais da administração da constituição.

No campo da administração das entidades de direito privado, o anteprojeto foi bastante ousado, no sentido que, ao invés de tirar da administração, deu autonomia e flexibilidade a essas entidades que devem ser de direito privado, e a essas instituições foi fixada identidade de regime com entidades do setor privado correspondente.

Quanto às entidades estatais de direito privado, especialmente as fundações estatais, diz que o Supremo Tribunal Federal foi o grande responsável pela discórdia sobre seu regime jurídico, o que desembocou no famoso projeto de Emenda Constitucional 29. A legislação vigente falava em fundações públicas, e a emenda 29 buscou superar os problemas tirando o adjetivo “públicas” das fundações, e colocou a palavra estatal. Logo houve reação de que se trataria de uma forma de privatização, o que não é verdade, mas os recursos, uma vez usados pelas fundações, não seriam mais públicos, na medida em que se trataria de pagamento.

Há um problema corporativo e jurídico, pois o Supremo declarou inconstitucional o artigo que estabeleceria o regime único da administração. Assim, as autarquias permanecem de um lado, e as fundações do outro. A alternativa é outro regime que não estatutário, o que não necessariamente significa que esta alternativa seja a legislação do trabalho. O regime estatutário significa apenas que direitos do agente estão na lei, diferentemente do outro que é contratual. É um campo importante, em aberto desde que se tenha visão ampla. Em resumo, procurou-se fazer de forma que a fundação estatal tenha regime diferente da privada e uma vocação social. Dessa forma, estabelece-se que a administração direta e autárquica deterá o poder de império; as empresas estatais realizarão atividades

ou serviços públicos e econômicos; e à fundação caberão as áreas sociais.

Sabe-se que no campo da saúde tem-se tentado também a empresa pública – o que se vê é que a empresa pública, como prestadora, em sua atuação não se coaduna com o social, mas também pode haver casos em que as ações de saúde tenham a ver com atividades econômicas, empresas públicas aí são convenientes. Deve-se sempre buscar adotar o mais pertinente.

Distinção importante: entidades estatais dependentes e não dependentes. Não dependentes são as que não recebem recursos, mas o anteprojeto estabelece que mesmo a dependente poderá ter autonomia e maior flexibilidade.

Sobre autonomia, relatou que recentemente o município de Petrópolis criou um mecanismo autônomo para administrar hospital e obteve resultados excelentes. Alguns estados têm desenvolvido este campo em serviços sociais autônomos, como o Paraná.

Abordando o tema dos colaboradores da administração, o setor complementar, composto por ONGS, pelo terceiro setor, etc., procurou-se disciplinar de duas formas: de início, não há liberdade de escolha, haveria um procedimento de chamamento público, para apresentação de candidatos. Em segundo lugar, estabelece-se a unificação do contrato de gestão, como o contrato de autonomia, mas com o nome de contrato de colaboração.

O anteprojeto desenvolve muito a parte de controle, e este ponto suscitou grande celeuma com o tribunal de contas da união, que achou que o anteprojeto buscava diminuir sua capacidade. Isto não é verdade, procurou-se somente preservar a atividade administrativa.

Mesa II - A Efetivação dos Princípios e Diretrizes Constitucionais: desafios para a reforma do Estado e da administração pública

Hugo Fernandes Junior (coordenador da mesa II)

Após a composição da mesa, aponta a relação entre o tema da tarde (efetivação dos princípios e diretrizes constitucionais) com um ponto muito destacado anteriormente pela manhã (as vitórias do movimento da reforma sanitária e os desafios para a consolidação do SUS). Assim, o objetivo da mesa II é relacionar os problemas abordados com a questão da administração pública.

Passa a palavra a Jairo Bisol e pede que os palestrantes se atenham ao tempo estipulado (25 minutos) para que seja possível a realização de debate após as exposições.

Expositores convidados

Jairo Bisol – Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA)

Enfatiza a satisfação de estar presente em mais um debate promovido pelo CEBES, o qual considera uma das mais importantes entidades do movimento da reforma sanitária.

Recentemente, participou de um evento no Rio de Janeiro, em parceria com o CEBES, onde defendeu algumas teses sobre a defesa do SUS e sobre como é possível construir um espaço político para discutir o sistema e sua relação com o Estado. Antes de discutir os dilemas atuais relacionados ao tema, faz uma breve síntese dessas teses.

O ponto de partida é uma recuperação histórica: 30 anos antes houve a decisão de se lutar, em determinados marcos políticos, por um sistema de saúde universal e público. Decidiu-se pela positivação jurídica da concepção de saúde pública defendida pelo movimento sanitarista e pela tomada do Estado por meio da democracia.

Dado este panorama, faz algumas constatações. Vários partidos políticos foram formados; um deles atingiu a meta de ocupar o poder do Estado; e conseguiu-se inserir na Constituição as diretrizes do mais abrangente sistema de saúde pública da América do Sul (talvez de todo o mundo). No entanto, todos estão perplexos com as dificuldades de se implementar, efetivamente, o que foi estabelecido na Constituição. Não há possibilidades de se modificar o marco jurídico sobre o qual se construiu o sistema, portanto deve-se repensá-lo a partir dos erros e dos acertos já vividos nesses 30 anos, para assim reinventar caminhos.

Ainda no evento do Rio de Janeiro, lançou críticas ao Estado de direito. Acredita que foi ingenuidade pensar que a consolidação do SUS na Lei Fundamental modificaria as relações de poder preexistentes. A luta no plano jurídico-normativo não se exaure no estabelecimento de textos legais. O poder se estabelece tanto na atividade legislativa quanto na judiciária. A partir de uma perspectiva linguística, a lei consolida um universo de significantes e não de significados.

Após retomar esses pontos, abordados em exposição anterior, questiona quais são as questões centrais no atual impasse do SUS. A

primeira delas é o financiamento do sistema. Não é possível alcançar a universalidade prevista com os recursos atuais. O sistema universal está definido constitucionalmente como política de Estado; contudo, sua implementação como política de governo tem sido uma vergonha. Nenhuma gestão até o momento realizou as determinações constitucionais a respeito do financiamento.

A segunda questão, que muito o preocupa, diz respeito à divisão, na sociedade brasileira, entre um grupo que defende abertamente o Sistema Único de Saúde e outro que privilegia interesses privados e que considera políticas sociais como uma desordem em relação à economia de mercado. Dentre os que defendem o SUS há uma divergência, injustificável, sobre os diferentes modelos de gestão, como ficou evidente na última Conferência Nacional. Esse "racha" favorece a ação dos grupos privatistas, que estão destruindo o sistema por meio das organizações sociais e das parcerias público-privadas.

O SUS, enquanto política social, é contraditório com a realidade atual de um mundo dominado por uma concepção ideológica neoliberal. De maneira semelhante, a Constituição é contraditória ao estabelecer um sistema de saúde universal e, concomitantemente, agências reguladoras. O modelo das agências fere o princípio de que as leis devem ser produzidas pelas instâncias legislativas, sujeitas ao crivo dos eleitores, e é típico de um Estado neoliberal, onde muitos dos serviços públicos são repassados a entidades privadas. Como evidência desse processo, há o crescimento notável da Agência Nacional de Saúde (ANS).

Passa à questão dos modelos de gestão. Já teve a satisfação de encontrar com um grupo do Ministério do Planejamento que está, realmente, preocupado em implementar um modelo de gestão solidário. Deve haver ampla discussão a respeito de qual deve ser adotado e das diferentes propostas (como as fundações públicas de direito privado).

Mencionando alguns pontos finais que considera importante, afirma que modernizar o Estado não significa criar um sistema neoliberal, no sentido de dar autonomia ao gestor para contratar, comprar sem regras e sem controle. Isso seria uma falsa modernização, que cria espaço para atividades corruptas que já assolam todo o país. As decisões tomadas em entidades privadas estão vinculadas a interesses pessoais. Crítica, portanto, a falsa dicotomia entre a ineficiência do público e a eficiência do privado.

Finaliza enfatizando a ideia de que não há SUS sem gestão viável. Não é possível alcançar uma gestão eficiente e solidária sob a lógica do atual sistema político-partidário, que é altamente corrupto.

Álvaro Ciarlini (TJDF)

Inicialmente, apresenta-se ao público. É juiz titular da 2ª vara de Fazenda Pública, onde lida com milhares de ações de pessoas que não encontram solução no sistema público de saúde para seus padecimentos familiares. Em sua palestra, vai abordar, especificamente, a questão da judicialização da saúde, esperando que essa provocação motive debates posteriores.

Retoma os dois problemas centrais na gestão do SUS apontados por Jairo Bisol: a falta de paradigmas para uma gestão viável e a ausência de critérios políticos (ou seja, não normativos) para a elaboração de um programa orçamentário viável para o SUS.

Diante desses dois problemas, cria-se um vácuo na administração do sistema que acaba por ser ocupado pelas decisões do poder judiciário, que se torna hegemônico no trato às questões de saúde.

A judicialização tem ocorrido por meio de ações individuais. Com base nas promessas dispostas na Constituição Federal, pessoas entram, legitimamente, no sistema judicial postulando dispensa de medicamentos, internação em unidades de terapia intensiva, tratamentos de alto custo, etc.

Retoma uma frase do próprio CEBES sobre as premissas do seminário: "a judicialização não é um mal em si mesmo. Recorrer à justiça é a última etapa. Em tese, não há nada de errado nisso." Diz que, genericamente, essa afirmação é correta, mas que ela é baseada em um laxismo. Parte de uma premissa errônea que legitima a judicialização como vem sendo atualmente feita, o que é um desastre em sua opinião. O artigo 196 da Constituição Federal diz que "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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". O poder judiciário, não tendo condições de lidar com a questão da saúde da maneira prevista no texto constitucional, ao interpretar o artigo supracitado, "põe" um ponto final após a palavra Estado.

Adota-se, no judiciário, postura meta-constitucional, pois se afirma, de maneira recorrente, que a saúde tem primazia sobre o restante da Constituição, inclusive sobre questões orçamentárias. Essa é uma afirmação política, e não uma diretriz jurídica. Tal concepção está na base do problema da judicialização, pois em um sistema republicano não é possível pensar em uma política sem prever os critérios que permitirão desenvolvê-la.

Exemplifica a situação com o caso de um cidadão hipotético que postula ação pedindo um medicamento estrangeiro, de alto custo e pouco acessível, receitado pelo médico para que haja maior conforto

na recuperação de um tratamento. Assim, transita-se do legítimo direito constitucional (acesso universal à saúde) para a ação sem limites (barrada apenas pela reserva do possível). Nesses casos, a aplicação do direito é uma negação dos princípios fundamentais, pois a Constituição diz que o direito à saúde deve ser garantido mediante a adoção de políticas públicas e não de ações judiciais. A afirmação de que a saúde tem primazia nega o próprio SUS. É necessário, portanto, ter mais critérios ao se discutir o problema.

Explicando sua afirmação anterior, diz que o SUS é baseado em três pilares, sendo que o terceiro deles é a participação da comunidade em sua gestão. Quando um indivíduo ajuíza uma ação na justiça, a decisão a respeito de critérios de precedência para aplicação dos recursos orçamentários sai da comunidade, descentralizada e autônoma, e fica restrita a um magistrado, que se utiliza de critérios dogmáticos não aplicáveis ao tema da saúde. O problema é político, e o direito não tem as ferramentas adequadas para lidar com o mesmo. As regras jurídicas afirmam "ou tudo ou nada". Isso constitui a entrega da autonomia social, do poder de deliberação, para os juízes, que, ao aplicarem o princípio constitucional, o negam.

Formula outro exemplo: uma família aguarda, em prantos, a decisão em um tribunal a respeito de um tratamento. O juiz decide favoravelmente e o gestor de saúde, tendo recursos escassos, usa essa decisão para justificar a contratação de leitos do sistema privado, criando-se margem para a corrupção.

Dada a percepção de que a jurisdicionalização é inevitável, deve-se analisar outras ferramentas disponíveis, que não neguem o preceito constitucional como o têm feito as ações discriminatórias. Para ele, as ações civis públicas são capazes de colocar o tema em um ambiente plural de discussão, como deve ser com as questões de saúde. Esta deve ser pensada em toda a sua potencialidade, *erga omnes* e ultra-partes; é, portanto, legítima para discutir temas que afetem toda a sociedade, como a saúde. Por ter generalidade e abstração, é um modo de produção normativa. É possível investir mais nessa ferramenta, de modo a preservar o preceito da igualdade.

Se o poder judiciário é a última fronteira, a sua atuação não se deve voltar contra o sistema, negando os preceitos constitucionais. Deve-se manter a autonomia da sociedade organizada na discussão do tema. Finaliza dizendo que aguarda os debates para poder complementar o que foi exposto.

Cátia Gisele Martins (Associação Nacional dos Membros do Ministério Público – CONAMP)

Inicia com agradecimentos e diz que é uma honra estar presente, tanto como representante da CONAMP, quanto como promotora de justiça. Ressalta a palavra “alternativas” no nome do seminário, que remete a modelos diferentes dos que estão sendo utilizados. Lança a pergunta: os modelos atuais têm condições de serem implementados?

Em sua experiência no Ministério Público, o sistema nunca foi, de fato, instituído como previsto, não obstante a legislação alcançada. As políticas públicas atuais demonstram que há falhas no processo. Percebe-se que se opera em uma lógica invertida, pois há muito investimento para procedimentos de alta complexidade e poucos recursos para a base. Assim não é possível sustentar um sistema universalizado de saúde, nem com um nível muito maior de financiamento. Nesse sentido, é preciso lutar por um modelo baseado na prevenção. Ressalta que, impedindo a consolidação de um sistema focado na prevenção, está o fato de o SUS estar na contramão da história neoliberal e de haver interesses econômicos contrários à sua consolidação.

Retoma o título da mesa (“A Efetivação dos Princípios e Diretrizes Constitucionais: desafios para a reforma do Estado e da administração pública”) e, tendo o tema em mente, indica que vai ater-se à questão da participação social.

Pergunta à plateia quem é usuário do sistema, ao que alguém responde que, em verdade, todos são usuários do SUS. Diz que se refere, especificamente, às pessoas que dependem inteiramente do SUS para ter acesso à saúde, à massa que frequenta o juizado.

A participação social é uma novidade que eles (o setor público) se recusam a aceitar, pois não foram acostumados a lidar com a autonomia do usuário. Toma como exemplo os conselhos de saúde, que não constituem espaços de ocupação pública, e sim meras formalidades. O que se percebe, em todo o Brasil, é que os conselhos são criados por exigência legal, para que seja realizada a transferência de recursos fundo a fundo, mas que não são efetivamente autônomos. Há exceções, mas em geral a participação social é insuficiente, “capenga” (a despeito de estar prevista constitucionalmente). Isso é, em parte, consequência de o setor público não conseguir conceber a divisão do poder, o controle social e a participação dos cidadãos na formulação das políticas públicas. Deve-se abrir mão desse poder em nome dos cidadãos.

Para que ocorra a efetiva participação popular na gestão do sistema, como previsto constitucionalmente, devem ser transmitidas condições

adequadas à sociedade. O judiciário e o Ministério Público não têm legitimidade; a legitimidade reside nos conselhos de saúde.

É necessário que os conselhos sejam democratizados e se aproximem dos usuários. Cita, como exemplo, o caso do Distrito Federal, onde o Secretário de Saúde é presidente nato do conselho e onde houve notícias de reuniões fechadas em gabinete, sem possibilidade de participação externa.

Ademais, são necessários previsão orçamentária e execução dos recursos. No Distrito Federal, em 2008, do valor previsto para capacitação de conselheiros de saúde, nada foi executado. Em 2009 a situação tem-se repetido.

Retomando a sugestão do palestrante anterior a respeito das ações públicas, diz que é necessário dar condições para que a sociedade participe, consciente e efetivamente, das audiências públicas. Os debates a respeito da gestão devem levar à abertura das portas à comunidade. Não se pode inferir que a sociedade não sabe pensar; são os usuários que sentem, efetivamente, os efeitos da falta de gestão, e sem participação social não há gestão. Finaliza afirmando que a participação deve ser considerada o ingrediente principal na implantação do SUS.

Gilson Carvalho (CONASEMS)

Diz-se contente dos discursos que o precederam. Afirma que o grande problema é falta de efetivação do que há na constituição e na lei. A questão não é fazer mais leis: falta força para fazer cumpri-las. No entanto, não há apoio do judiciário, nem do ministério público, e atravessa-se período de grande dificuldade.

Evocando sua definição de base, "saúde é viver mais e melhor", passa à explanação de conceitos-chave relativos aos princípios e diretrizes do SUS legal, chamando-o de "virtual", e o SUS "ilegal", comparando-o com o SUS real, como é constituído atualmente.

Para tal comparação, define os princípios como assistenciais (universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade, resolutividade, acesso a informação, autonomia das pessoas, base epidemiológica) e gerenciais (regionalização, hierarquização, descentralização, gestor único, complementaridade e suplementariedade do privado, financiamento, participação da comunidade).

Iniciando a comparação entre o SUS legal e o SUS real, contrasta as funções do SUS legal – regular, fiscalizar, controlar e executar – com as da realidade, onde se verifica baixa compreensão destas funções e o conseqüente descumprimento dessas, principalmente a função de

regulação, termo hoje corrompido, tendo adotado o sentido de central de vagas.

Quanto ao princípio da integralidade, diz que há uma situação de integralidade truncada, devido à falta de definição de ação de saúde, que deu margem a interpretações. A saúde repete a iniquidade da sociedade e do Estado brasileiros. Em face desta integralidade truncada, há um abuso de recursos à justiça para casos individuais.

Dando continuidade ao contraste ideal-real, argumenta que no lugar da descentralização de poder e decisão há uma desconcentração tutelada da assistência médica; no lugar de incentivos à participação da comunidade, verifica-se a desobrigação do gestor de garantir o funcionamento do conselho, estabelecendo um conflito não administrado entre usuários e gestores; e ao invés de focalizar nas ações preventivas, o foco fixa-se nas ações assistenciais.

A construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de complexidade crescente foi suplantada por uma rede individualizada e desintegrada, de planejamento ascendente "pífio". No que tange à força de trabalho, o SUS legal previa, em dezembro de 1990, dois anos para o estabelecimento de um PCCS (plano de cargos, de carreira e salário), o que nunca foi cumprido, resultando que os trabalhadores da saúde hoje têm o maior passivo trabalhista e a situação de trabalho é precária.

Sobre a relação entre o público e o privado, o SUS legal afirmava a prioridade da execução pública, sendo a privada apenas complementar. Atualmente, em revanche, é evidente o processo de terceirização descontrolada e desenfreada, o que atesta a incompetência dos agentes reguladores. O financiamento, de início tripartite, é na verdade um desfinanciamento federal, e as várias crises do financiamento vêm transferindo ônus a estados e municípios.

Chama atenção ao fato de que a transferência regular e automática proporcional ao quociente demográfico, como era previsto, de mínimo de 70% a municípios, não estava sendo cumprida, e o que o dinheiro transferido é "dinheiro carimbado", isto é, fundos destinados a determinadas ações (combate a doenças, vigilâncias, etc.). Ainda sobre o financiamento, constava-se que um mínimo 15% do dinheiro federal deveria ser destinado à atenção básica. Tal medida, que para ele seria um verdadeiro indutor de mudança, se confronta com a realidade de um PAB (piso da atenção básica) de 18 reais por habitante ao ano.

Outra questão é a compra complementar por tabela nacional, que deve ser efetuada com equilíbrio econômico-financeiro. Devido às limitações, há uma compra injusta em preços e prazos – a intenção é a de punir os corruptos, mas acaba-se penalizando os honestos.

Concluindo, pergunta-se onde houve a falha para o cumprimento da lei. Diz esperar que ao final do seminário haja soluções e concretizações – sejam provenientes da organização, de técnicos, de partidos progressistas, etc. Frisou o papel do ministério público, que se posiciona na defesa da saúde, não para problemas individuais, mas coletivos, e diz apoiar sua ação como a última esperança para fazer a saúde funcionar.

Debate

Fabíola Nunes (CEBES /DF)

Refere-se à palestra de Sérgio de Andrea Ferreira, sugerindo que seu conteúdo seja discutido mais tarde.

Dirigindo-se a Bisol, trata sobre a judicialização. No texto de CEBES, consta que a judicialização não é um mal em si. Para ela, é na realidade muito bem-vinda e necessária, sobretudo para garantir que, se existir uma área em que é necessária a implantação do SUS, essa política exista e seja implantada. Da mesma forma, se o gestor não a implementou, o juiz deve punir o gestor.

Quanto à questão da assistência farmacêutica, afirma que deve haver uma política de assistência farmacêutica definida, e ao judiciário deve caber a supervisão da implementação regular dessa política.

Quanto à questão da UTI, das próteses, etc., chama atenção aos limites face aos recursos limitados. O parâmetro desses limites é o perfil epidemiológico da população. Destarte, para saber se uma política é viável, deve haver mais diálogo entre poderes. A justiça e o SUS devem ser vistos, então, como aliados.

Sobre a obtenção judicial de medicamentos, relembra que, se o medicamento não está no mercado, é porque a ANVISA não o aprovou, e isso é resultado de um procedimento e estudos. Ora, quando um juiz ordena a obtenção de um medicamento, não há quem possa impedi-lo. Pergunta-se, dessa forma, quem punirá tal juiz.

Retomando o discurso de Bisol, diz que este fez crítica da história da regulação. Para ela, não há oposição entre regulação e legislação – cada uma tem sua função. Colocou a hipótese de que à ANVISA e a outras agências reguladoras tenha sido cedida muita responsabilidade.

Alcides Miranda (CEBES/RS)

Atenta às armadilhas reducionistas, como a concepção de governabilidade como algo que se compra, se negocia e se sustenta no mercado político. Igualmente, há uma redução da concepção de gestão à dimensão do gerir.

Neste âmbito, é sabido que há um tensionamento entre as perspectivas da gestão de gerar, de gerir e de girar, isto é, de atravessar mudanças de conjuntura. Uma série de contradições impossibilita concretizações: enquanto que os objetivos do sistema de saúde seguem os de expandir, ampliar e incluir, regra do gerir que estabelece um teto para contratações.

Somado a isso, a contradição inerente ao próprio país, com seu sistema federativo no qual 48% dos municípios têm menos de 10 mil habitantes, e 75% dos municípios com menos de 20 mil habitantes, faz que a gestão regional seja um imperativo – mas não se quer nem se pode criar um quarto ente federativo.

O que se propõe atualmente é uma gestão colateral e uma regulação agenciada. Não se deve falar de novo modelo de gestão, que ele considera como redução do tema, e também porque a pluralidade e a complexidade dialética da realidade trazem a necessidade de se criar uma caixa de ferramentas de dispositivos judiciais, normativos e tecnológicos para o desenvolvimento de alternativas para um país plural, inclusive alternativas às ideias de gestão colateral e regulação agenciada.

Para tanto, deve-se proceder com auto-crítica: o que deve pautar a discussão das demandas coletivas é a identificação do que são as demandas de saúde. Critica-se a lógica da oferta, mas não se identificam as demandas coletivas. No entanto, estas demandas não se tratam somente de necessidade epidemiológica *stricto sensu*: se trata de uma concepção de construção civilizatória.

Conclui afirmando que a busca por alternativas é relativa à condução, ao caráter e ao propósito do sistema de saúde, uma questão de identidade daquilo que vem sendo construído historicamente.

Itana (CEBES/BA)

Reitera a importância do presente encontro. Dirigindo-se a Ciarlini, elogia sua posição no judiciário brasileiro. Sobre decisões liminares, diz que frequentemente estão ausentes os pressupostos do poder geral de cautela. Segundo ela, a gestão fica indefesa e não contesta nada.

Abordando outro tópico, diz que o SUS não revogou a morte. Lembra que existem problemas muito sérios em UTIs, havendo pacientes em estado vegetativo que ocupam leitos. Além disso, fatores externos que comprometem a disponibilidade destes serviços, tais problemas na segurança, no trânsito, ou acidentes de trabalho, não são responsabilizados, assim como as entidades que se ocupam destes fatores.

Sobre a questão do poder discricionário, não acredita que este tenha desaparecido, argumentando que não há maior discricionariedade

que a situação atual na qual cada gestor pode aplicar o que quer. Observa que não há programação e metas em comum.

Discordando de Gilson, diz que há carências dos ministério público enquanto instituição, e não de promotores da saúde. É preciso cobrar que as instituições se capacitem, há forte debilidade de profissionais do direito que não aprendem sobre o direito da saúde, sequer sobre a natureza deste. Somado a essa carência, há uma falta de promotorias de saúde, que são bastante escassas.

Mariângela (Médica sanitarista em Brasília)

Relembra que a discussão de fundação estatal do direito privado vem se alastrando há algum tempo. Sobre este assunto, o conselho nacional de saúde votou contra, e a 13ª convenção nacional de saúde também votou contra.

Relata que, em seu trabalho de conclusão de curso sobre fundações, ela concluiu que estas são fruto de uma continuidade da reforma neoliberal de Estado. Tal conclusão contrasta com a posição de Sérgio de Andrea Ferreira, que coloca que não fundações não são reforma neoliberal. Por fim, lança a questão sobre a natureza das fundações: alternativas de gestão ou reforma neoliberal. Afirma ter convicção de que é reforma neoliberal.

Lenaura (CEBES)

Explica a preocupação do CEBES com este e outros eventos: a ideia é não apenas a de reunir pessoas para conversar sobre temas, mas a de construir propostas e alianças políticas para alterar o cenário da saúde atual. Busca-se a incorporação de atores diferentes, e neste ímpeto novos núcleos são criados rapidamente pelo país, demonstrando a urgência de articulação para a luta pela saúde. Nessa articulação, é necessário criar uma noção primária para a reforma sanitária, a construção de uma sociedade saudável, solidária e com justiça social.

Retoma fala de David Capistrano no filme da manhã, que dizia que é necessário enfrentar os conflitos, que já são conhecidos, mas pouco vistos de frente. Ainda segundo Capistrano, evoca o princípio da pressa: é necessário ter pressa para a resolução de problemas, tendo em mente o sofrimento e a grave situação em que vive a população hoje. Estes princípios devem ser vistos como motor de transformação concreta.

Mais adiante, aponta questões essenciais para o debate: primeiramente o financiamento, que vem sendo tratado há muito tempo e repetitivamente. Quanto a isso, é preciso assumir que para o governo a saúde não faz mais parte das políticas estratégicas e de desenvolvimento. Releva dessa questão dois aspectos importantes: o primeiro é o fim paulatino da desvinculação dos recursos da União.

Menciona estudo de Evilásio Salvador segundo o qual, apenas da seguridade social, serão desvinculados 38 bilhões, e clama pela construção de uma rede em torno dessa questão, incluindo deputados e senadores.

Pergunta-se sobre a possibilidade de luta quanto à mudança da lei de responsabilidade fiscal, sobretudo no que tange a força de trabalho do SUS. Há carência de pessoal, mas não há como supri-la se as condições de trabalho seguirem precárias.

Aborda o tema da corrupção, perguntando a posição do CONASS quanto à corrupção na saúde, no orçamento e nos recursos que são administrados pelos estados e municípios. Aponta a corrupção como um dos problemas a serem enfrentados.

Pergunta quais são as cinco ações civis mencionadas por Álvaro. Diz que CEBES tem um documento que coloca vários itens que são inadmissíveis vinte anos após a criação do SUS, dentre eles o fato de a maioria das mulheres não saberem onde buscar assistência para o parto.

Márcio (NESP/UnB)

Chama atenção para análise de contexto, importante na instrumentalização e no fortalecimento do movimento. Diz que não se pode reduzir democratização a reforma do Estado, porque tratar somente de reforma do Estado reduz o papel da gestão.

A contextualização é importante porque o Estado hoje não é o mesmo de 88. Há um cenário de crise mundial e de globalização, e isso afeta a perspectiva de redemocratização do Estado brasileiro. Há problemas evidentes, mas construiu-se uma base importante desde 88. Além de gestores, há conselheiros municipais, equipes de saúde da família, etc., o que se relaciona intimamente com a democratização do Estado. É preciso fazer o SUS pela ação política desses novos sujeitos.

Aponta que o cenário que deve ser contemplado é de crise, mas o país construiu uma base social e popular. Haverá eleição ano que vem, deve-se levar o projeto que desejado para o SUS. A fim de reverter esse contexto, deve-se buscar base que foi construída, inclusive pela repolitização que CEBES.

Oswaldo Coelho (Rio de Janeiro)

Perguntou para Gilson sobre o papel dos hospitais federais na regionalização.

José Ricardo (médico - Secretaria de Saúde do DF)

Relatou um episódio relativo à inauguração do hospital regional de Santa Maria, idealizado para diminuir a tensão sobre o sistema de saúde do DF, que contou com enorme aporte de recursos públicos e

um modelo de instituição de OS (organização social) para a gestão. O hospital foi "inaugurado" duas vezes, com intervalo de um ano.

O hospital contava com contrato trabalhista diferenciado, e o salário um pouco maior que a média. Antes mesmo que fossem abertos concursos públicos, já havia alguns políticos da base aliada que intencionavam contratar conhecidos no hospital. Este hospital hoje funciona precariamente e com poucos recursos humanos, a secretaria de saúde omite sua existência.

Por fim, adiciona que, se usuário não é ouvido, os servidores tampouco o são, e diretores de hospitais seguem vontades de entes políticos.

Lisaldo (CEBES /CE)

Discorda de Gilson Carvalho. Testemunha que, no Ceará, os conselhos de saúde são manipulados e servem apenas para legitimar decisões.

Sobre as fundações, lembra que a Conferência Nacional de Saúde tomou uma decisão contrária a essas.

Sobre a judicialização, diz que quando não se identificam as demandas, abre-se caminho para a decisão do juiz. Acrescentou ainda que, quando requerimentos de remédios chegam aos juízes, vêm acompanhados de argumentos de médicos e profissionais de saúde.

Diz que discorda de Gilson porque em sua opinião não falta ministério público, pois este não vai conseguir resolver grandes questões coletivas do SUS. O que falta é um movimento social forte e organizado, que não seja tutelado por nenhum governo.

Ilmar (CEBES)

Argumenta que quando se discute modelo de gestão, não se trata somente de normas e leis, mas também algo que passa pelas práticas novas. A reforma do Estado é importante, mas há outras formas de atuação.

Relembra que, quando não havia um núcleo de apoio ao sistema de saúde no poder, havia outras relações. É preciso buscar uma institucionalidade da cultura, algo que se faz mais pedagogicamente.

Wilson Alecrim (CONASS)

Felicita-se pela busca de compreensão do que é o SUS que prevaleceu nas intervenções. Sobre a relação com a justiça, diz que deixou seu posto de secretário de saúde porque não mais suportava o assédio de agentes de justiça.

Em 2006, participou de seminário sobre a judicialização da saúde. Na ocorrência, o ministro Jobim fez uma abordagem sobre direito individual e coletivo, afirmando que deveria haver um entendimento

entre as partes. Deve-se, em sua opinião, fazer de forma que os estados e municípios possam buscar esse entendimento.

Reforça o que foi dito ao longo do debate, que muitas vezes é omitido que todos são usuários do SUS, pois, mesmo que sejam atendidos pela rede privada, são servidos pela vigilância sanitária indiretamente. Também são por vezes deixados de lado os avanços da saúde no país, relatando que na cidade onde nasceu, até pouco tempo não havia médicos, e hoje há uma equipe da saúde da família. Retoma a fala de Lenaura, dizendo que esta fez provocação ao CONASS ao tratar de corrupção. Há conselhos que não operam como conselhos, servindo como conselho cartorial. Deve-se lutar por fortalecimento dos conselhos.

Comentários dos palestrantes

Jairo Bisol

Ressalta a importância do debate e diz que tentará ser breve. Retoma o argumento desenvolvido em sua palestra. As vitórias de 30 anos atrás do movimento da reforma sanitária sob o marco jurídico do Estado de direito deram lugar à perplexidade atual. Não há mais um projeto político. Não é possível repensar o Estado, portanto deve-se revisar o marco.

Como é possível fazer aplicar a lei no marco atual? Teoricamente, a legislação deveria ser elaborada pela legislatura e aplicada pelas instâncias judiciárias. Contudo, as estruturas de poder são organizadas baseadas em critérios políticos. Os burocratas são escolhidos com base em concursos, mas a decisão final reside nas instâncias judiciárias. Os juízes das altas instâncias, por exemplo, são escolhidos pelo chefe do Executivo. Não acredita que os magistrados, ou mesmo o Estado de direito, sejam capazes de garantir uma sociedade equânime. Deve-se repensar o marco ao invés de cobrar seu funcionamento.

Ressalta que as ações civis públicas, com base em audiências públicas, são estruturantes do sistema. Contudo, sistematicamente, essas ações vencem as liminares de primeiro grau e perdem a de segundo. O Ministério Público move, mas elas não se tornam conhecidas porque são logo derrotadas. Assim, deve haver a revisão da relação com o Estado de direito.

Algo que impede a implementação, de fato, do SUS – já regulamentado normativamente na Constituição Federal – é a desmobilização da sociedade. A mobilização social é o único método de se confrontar o poder econômico e os interesses investidos no Estado.

Aponta a incapacidade dos magistrados e dos juristas em geral em raciocinar sobre o direito constitucional, pois são todos educados para lidar com direito penal e civil. Retoma autores como La Salle e Hesse. Para La Salle, haveria uma constituição escrita e uma real, sendo que a escrita deve refletir as relações de poder da sociedade. De forma análoga, o SUS está previsto na constituição, mas na prática não foi implantado corretamente. É por meio da mobilização social que será possível transformar o que está previsto no texto legal em realidade para a sociedade.

Álvaro Ciarlini

Não vai procurar responder a todas as colocações.

Sobre o que acabou de ser dito, acredita que a atuação judicial no tema da saúde se depara com um paradoxo: aplica a Constituição negando-a. Problemas complexos não podem ser resolvidos dessa forma. No máximo, é possível lidar com eles.

A adoção de uma solução construtiva e racionalizante para o problema da judicialização da saúde passa pela inserção de elementos de racionalidade no processo. É necessária, também, uma rede de comunicação mais efetiva, que permita a mobilização social. Retoma frase citada pela Dra. Itana, da plateia ("o SUS não revogou a morte"). Fala de considerações da bioética, a respeito das pessoas que "nem conseguem morrer em paz" devido ao prolongamento do sofrimento.

Cita Dworkin para questionar o que se deseja com a saúde pública. Vamos defender a saúde até o último recurso ou vamos pensar sobre até que ponto estamos dispostos a gastar?

Respondendo à Lenaura (CEBES Rio), sobre os cinco grupos de interesse que podem ser objeto de proposição por meio de ações civis públicas, diz que se iniciaria por duas frentes: doentes psiquiátricos, que estão completamente sem assistência, e internação em unidades de terapia intensiva. Os outros três grupos seriam remédios de alto custo, próteses e atendimento fora do domicílio. Esses cinco grupos foram considerados merecedores de uma atenção especial sob o modelo das discussões públicas.

Ressalta que todas as manifestações da plateia são importantes e que é preciso saber trabalhar com os paradoxos. Como diria Luhman, o paradoxo constitui um momento do aprendizado. Retoma o comentário do Alcides. A importância da discordância (e do respeito por ela). A capacidade de discordância leva à concordância mais madura, assertiva e legítima sobre os temas que cercam o direito da saúde.

Pede desculpas por não abordar todos os comentários.

Cátia Martins

Diz que vai apenas agregar às falas anteriores.

Inicia falando sobre a questão da judicialização e do Ministério Público. Em relação às ações individuais há um Judiciário bastante sensível, que dá o que está sendo pedido. Com relação às ações civis públicas estruturantes, o Judiciário não tem sido tão receptivo. No primeiro grau, há um pequeno grupo de juízes que são sensíveis às causas estruturantes e que dão sentenças favoráveis ao sistema de saúde como um todo.

Exemplo do médico do hospital regional de Santa Maria, que fez comentário na plateia. O Ministério Público esgotou todas as vias extrajudiciais disponíveis; só posteriormente é que se recorreu às medias judiciais. No primeiro grau, houve resposta positiva em relação à proibição da terceirização. Mas assim que mudou de instância, "tudo foi por água abaixo". E assim tem sido na maior parte das ações contra terceirização. Por traz desse movimento, vende-se a imagem de que a terceirização permite gestão mais eficiente, o que não se verifica na prática.

Falta sensibilidade do judiciário às questões estruturantes, o que faz com que o Ministério Público evite o judiciário.

Retomando o que foi dito pelo palestrante anterior a respeito de ações civis públicas na área de saúde mental, diz que em 2005 foi ajuizada uma ação desse tipo. Contudo, não houve resposta do judiciário. Deve-se considerar que o DF figura em posição desfavorável no que diz respeito a serviços de saúde mental. Não há nenhuma residência terapêutica no Distrito Federal, falta assistência, etc. Em suma, concorda com Jairo Bisol ao dizer que é impossível pela via judicial alcançar mudanças estruturantes.

Passa a falar sobre o conselho de saúde. Faltam conselhos com capacidade deliberativa. No caso do DF, ele é manipulado, como no caso da decisão a respeito do hospital de Santa Maria. Conselheiros foram levados a São Paulo para conhecer as iniciativas de terceirização do Estado, sem observarem os problemas do modelo (na prestação de contas, principalmente).

Em referência ao comentário da Fabíola, diz que indicadores epidemiológicos não existem no Distrito Federal. Em participação em um evento recente, a Secretaria de Saúde sequer tinha dados sobre o tema tratado (câncer), o que impede que seja implementada uma gestão eficiente. Essa situação ocorre a despeito de, no DF, não haver problema de falta de recurso. Há ineficiência de gestão e falta de compromisso com a coisa pública.

Sobre o comentário da Itana, diz que o MP ainda não tem consciência da importância da saúde para a população e é isso que impede a ação mais eficaz da instituição.

Gilson Carvalho

Sobre a questão do rapaz do Ceará, ele não entendeu em que ponto ambos discordam.

Gilson reforça que aposta, investe e acredita na participação da comunidade. Trabalha com comunidade, em saúde, há 48 anos. Não compareceu ao seminário no dia anterior justamente porque estava dando curso para conselheiros de saúde em sua saúde. É fundamental dar valor ao outro e não ocupar seu lugar. Os profissionais têm seu lugar nos conselhos, mas devem dar apoio para os representantes dos usuários.

Concorda com o comentário de Ilmar. Ele (Gilson) também é de movimentos populares. Diz que deveria haver maior proximidade com as igrejas, por exemplo, que têm grande penetração na sociedade, como forma de ampliação do escopo do debate.

Com relação ao comentário do Jairo, discorda com ele na medida em que não acredita que seja necessário questionar toda a estrutura para se alcançar mudanças. Acredita na mobilização popular e na mudança proveniente da mesma.

Defende o ministério público desde os anos 1990. Era a esperança à época. O Ministério Público faz ação civil, ganha a primeira e perde a segunda. Tem autoridade informal, todavia. Há um poder de imagem que confere autoridade ao MP para implementar mudanças.

Sobre a questão de financiamento da Lenaura (lei de responsabilidade fiscal), diz que não se pode gastar todo o dinheiro com pessoal. Esse limite, para a saúde, é baixo. Há projetos de lei complementar que buscam elevá-lo (para 70, 75%).

Sobre a questão da corrupção (também da Lenaura), diz que todos são frutos da sociedade em que vivem. No caso do Brasil, há disseminação da convivência. A corrupção atinge todos os aspectos. Um servidor que não trabalha todas as horas previstas também está sendo corrupto. Na área da saúde, tem-se facilitado a "rapinagem". Falta controle social para coibir práticas ilegais.

Sobre a questão do Alcides, concorda que o planejamento tem sido feito sobre a demanda. Planejamento nunca foi o forte do setor de saúde. É necessário, para isso, ampliar, por exemplo, uma análise epidemiológica mais ampla, a "epidemiologia do viver". Um estudo que incorpore diferentes aspectos do cotidiano da população.

Sobre a questão levantada a respeito dos hospitais federais e a descentralização, diz que não sabe o que deve ser feito. Diz que fez medicina no Rio e se refere à mudança da capital como fator de influência. Até então, havia grande concentração de recursos na cidade. Disso ficou o resquício das estruturas federalizadas. Ele diz não saber como os hospitais federais do Estado podem se integrar a uma rede regionalizada e hierarquizada, e isso deve ser pensado. Os

hospitais não podem ter a autonomia que tinham antigamente. Deveriam, portanto, estar nas mãos dos municípios e dos Estados. Ainda sobre a mesma questão, diz que o Ministério Público tem a obrigação de zelar pelo cumprimento dos princípios constitucionais relacionados à saúde.

Hugo Fernandes Júnior (coordenador da mesa II)

Agradece aos palestrantes em nome da diretoria do CEBES e ao conteúdo das exposições. Encerra a mesa e as discussões do dia.

Mesa III - Modelos atuais de gestão de sistemas e serviços de saúde: limites e inovações

Data: 11/12/2009

Luis Antônio Neves (coordenador da mesa III)

Inicia os trabalhos da mesa III lamentando o falecimento do ex-ministro da saúde, Haddad, na madrugada anterior. Conta sobre o tema do debate. Posteriormente, é exibido um filme institucional de 13 minutos sobre o resgate da memória do CEBES, com depoimentos de ex-presidentes. Em seguida, passa a palavra a Roberto Passos Nogueira para que inicie sua exposição.

Expositores convidados

Roberto Passos Nogueira (Presidente do CEBES/IPEA)

Em sua palestra, vai relatar a atividade desenvolvida juntamente com a Fundação Perseu Abramo, vinculada ao Partido dos Trabalhadores, sobre ideias para a campanha eleitoral de 2010. Lembra que o CEBES é, atualmente, suprapartidário, ainda que, em sua origem, estivesse ligado ao PCB.

Na reunião da Fundação, esteve presente o presidente da ANS, além de vários ex-ministros de saúde. O objetivo de Roberto é socializar, neste momento, as diferentes propostas apresentadas naquele encontro.

Inicia sua apresentação apontando os avanços e os desafios da saúde no Brasil durante o governo do PT. Primeiramente, ocorreram importantes mudanças epidemiológicas no país. Houve decréscimo das doenças transmissíveis e ampliação das doenças crônicas, dos acidentes de transportes, dos homicídios e de diabetes. Isso traz um

novo quadro epidemiológico de mortalidade no país, divergente daquele do início do século, quando as transmissíveis eram as principais. Destaca a alta taxa de homicídios (26,6 mortes por 100 mil habitantes), que remete à desigualdade predominante no país.

Posteriormente, com base em dados da Organização Mundial da Saúde, compara a expectativa de vida em diferentes países. Em 2007, esta foi de 73 anos no Brasil, taxa inferior à registrada na Argentina, na Colômbia, em Cuba, nos EUA e no México, por exemplo.

Outro indicador relevante, relacionado aos Objetivos do Milênio estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, é o da mortalidade infantil. Esta vem caindo no Brasil; contudo, a taxa de mortalidade neonatal precoce ainda é muito alta e sua queda tem sido lenta. Comparativamente, o índice brasileiro é pior que o da Argentina, de Cuba e dos Estados Unidos, por exemplo. As principais causas são asfixia, infecção e outros fatores que poderiam ser prevenidos com uma boa qualidade de assistência ao parto. Diz que o risco de morte de uma criança brasileira por asfixia, no parto, é quase nove vezes maior que nos EUA.

Esses dados mostram que as instituições de assistência à maternidade são mal preparadas e que é necessária uma melhoria significativa nas condições do parto. Esse aspecto talvez esteja relacionado ao subfinanciamento crônico que atinge o SUS.

Passa a tratar da estrutura etária da população. Logo a parcela de 0 a 14 anos será decrescente. Em 2050, quase 20% da população terá mais de 65 anos. Isso demanda preparação do sistema para atender a esse quadro futuro, não apenas no que tange às doenças degenerativas, mas também às típicas da velhice. Serão necessários programas prioritários de atenção a grupos etários especiais nas próximas décadas.

Analisando outros indicadores comparativos, percebe-se que, em geral, os do Brasil são piores do que se esperaria. A despesa per capita com saúde é reduzida, ainda que o país tenha um sistema de saúde universal e igualitária. Só uma posição mais avantajada quando se compara com os países dos BRIC (Rússia, Índia e China, além do Brasil).

O governo gasta, atualmente, 7,2% de seu orçamento com saúde, enquanto essa taxa sobe para 14,2% na Argentina, 19,3% nos Estados Unidos e 11,8% no México. A despesa per capita total (soma dos gastos públicos com os privados) é de US\$ 674, enquanto na Argentina é de US\$ 1.205. Os gastos exclusivamente do governo também demonstram essa disparidade. No Brasil, esse índice per capita é de US\$ 323. Na Argentina, é de US\$ 549, e na Rússia, é de US\$ 441. Ainda assim, o gasto brasileiro é superior aos do governo chinês (US\$ 88 per capita) e indiano (US\$ 22 per capita). A critério

informativo, a esperança de vida ao nascer é de 74 anos na China, 73 no Brasil, 66 na Rússia e 64 na Índia.

Passa a discutir a situação atual do SUS. Existem quatro subsistemas: os serviços de alta e média complexidade; os serviços de urgência; os hospitais e maternidades de atendimento geral; o sistema de atendimento à família.

Os serviços de alta e média complexidade são caros e têm grande visibilidade social, atraindo empresários, governo, etc. É o único setor efetivamente universalizado. Ao mesmo tempo, os serviços de alta e média complexidade é vilão por tirar recursos de outros setores.

Os hospitais e maternidades de atendimento geral são os mais afetados pela falta de financiamento. A face mais visível são as longas filas, às quais a imagem do SUS é frequentemente relacionada. A qualidade do atendimento deixa a desejar e a classe média se auto-exclui do processo.

Os serviços de urgência sofrem de falta de recursos humanos. A alta incidência de causas externas de morbidade causa demanda extra sobre o sistema. Este também é usado pela classe média, assim como os serviços de alta e média complexidade.

Com relação à estratégia de atenção básica à saúde da família, verifica-se alta rotatividade. Há pouca aderência do médico ao modelo, pois o profissional não entra na filosofia do modelo.

Em conclusão, o SUS funciona como um agregado de sistemas heterogêneos pouco articulados entre si. O sistema não tem dado exemplos adequados na campo da gestão hospitalar, o que se verifica pelo uso indevido de terceirização de pessoal e de compras. O projeto de fundações estatais surge como alternativa para dar maior autonomia gerencial e legitimar o que é feito, hoje, de modo "escamoteado". Mas o projeto não deve ser tomado como panacéia.

O modelo das organizações sociais (OS) cria a dupla porta de entrada: uma para pacientes do SUS e outra para pacientes dos planos, sob risco de haver discriminação no atendimento. Assim, as OS são questionáveis do ponto de vista da equidade. Existem 106 atualmente, sobretudo na região Sudeste.

A coexistência desses dois modelos faz com que haja no Brasil, atualmente, um sistema dual, desregulado e não-equitativo. A ANS, por exemplo, foi criada sem que fossem estabelecidas regras sobre sua relação com o SUS. São necessárias novas regras de relacionamento para o conjunto do sistema, o que, se não for feito, fará com que se aproxime da inequidade do sistema americano.

A discussão da reforma sanitária deve ser retomada em novas bases conceituais. Deve-se transcender o paradigma dos anos 1980 e pensar em algo inteiramente novo. A reforma sanitária é um movimento político, portanto sua eficácia depende da associação com outros movimentos sociais. No entanto, a conjuntura é de

desmobilização e desarticulação dos movimentos sociais. Isso talvez requeira até mais 20 anos de mobilização. As eleições de 2010 serão uma oportunidade de se discutir a saúde no país.

Valéria Salgado (Ministério do planejamento, orçamento e gestão)

Inicia agradecendo ao Cebes pelo convite e acrescenta que é uma honra participar desse debate importante, acrescenta que essa proposta de debate trazida por ela vem complementar e dar uma finalização de propostas do Dr. Roberto na exposição anterior.

Relata que um dos fundamentos que orienta o ministério do planejamento, orçamento e gestão, é o papel do estado, que é importante. É preciso construir formas para a administração pública coerentes com essa noção de estado indispensável, embora não seja totalitário. Na construção do estado brasileiro é preciso atenção especial à constituição federal, primeiro aos artigos 1º e 3º que fala dos principais princípios e orientações para a administração pública como um todo e dos objetivos do estado brasileiro. É importante despertar o gestor público e servidor público como um todo, principalmente de outras áreas, porque na saúde já se tem uma sensibilidade especial para esse assunto, para a necessidade de se fundamentar um objetivo na finalidade da atuação dele, e não apenas na forma de atuação. Os fundamentos da República Federativa do Brasil (art. 1º da Constituição Federal) são: soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e pluralismo político. Já os objetivos do estado brasileiro (art. 3º da CF) são: a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, a garantia do desenvolvimento nacional, a erradicação da pobreza e marginalização, a redução das desigualdades e promover o bem de todos, sem preconceitos.

Identifica que após 2003, e na atualidade, o Brasil apresenta mais maturidade, a democracia já está se consolidando e se tem mais condições de entender e discutir sobre a gestão pública democrática que se quer implementar. Sendo assim, é importante enfatizar as diretrizes desse processo e o marco da redemocratização que estão na constituição federal, desde 1988. São elas: A "Constituição Cidadã", centralidade dos direitos fundamentais e previsão dos direitos sociais, a administração pública ainda não conseguiu absorver e transparecer essa diretriz e seus métodos de atuação. O equilíbrio nas relações entre os três poderes, que está balanceado e muitas vezes ocorre uma inversão de papéis entre esses poderes. Outra diretriz importante é a descentralização federativa: responsabilidade compartilhada das 3 esferas de governo, e isso ainda não é uma

realidade. Outra questão é a parceria estado e sociedade, essa cooperação essa é uma orientação que precisa ser internalizada dentro da administração pública como um todo. E finalmente a diretriz da ampliação dos espaços de participação social na governança das instituições e controle social, essa é uma questão que é um grande desafio para a administração pública, aqui o SUS é um exemplo a ser citado, mas ainda se tem muito a avançar no sentido de qualificar melhor a participação social e abrir novos espaços. O cidadão brasileiro precisa ter uma vida política mais rica e não pode se restringir só a ir votar de quatro em quatro anos. A administração pública tem essa responsabilidade de abrir espaço para que o cidadão participe de forma qualificada dos processos de formulação de políticas públicas. E também se tem uma contribuição da emenda constitucional 19, que incluiu a preocupação com a eficiência e com a gestão por resultados. Então esses são as grandes orientações para uma gestão pública democrática.

Refere a necessidade de readequar o marco legal da administração pública. O decreto-lei 200/67 foi elaborado sobre outros paradigmas que já estão superados, então se afirma que o marco legal está defasado. O decreto lei se baseia na centralização no executivo federal, no desbalanceamento nas relações entre os três poderes e na relação federativa, nos sistemas de governança singulares, na visão de sistemas a partir do conceito de hierarquia e não de interação – decisões compartilhadas, no privilegia o controle do ato/processo administrativo e na ausência da participação social na gestão de políticas públicas. E com o engessamento pós-Constituição de 88 se teve um maior controle da discricionariedade, em repúdio à liberdade excessiva do período de ditadura, uma limitação das formas de atuação da administração pública, com exigência de previsão legal para criação de empresas; previsão da fundação pública de direito público e uma unificação de regimes administrativos de compras, de pessoal e orçamento.

Fala dos atuais desafios da administração pública, que são: Falta de orientação clara sobre as formas organizativas da administração pública (categorias jurídicas, modelos de governança, e regimes de funcionamento). Insegurança jurídica das formas de atuação direta do Estado e de suas relações com o mercado e com a sociedade. Criminalização do gestor público, que sem ferramentas adequadas, acaba por lançar mão de soluções que nem sempre podem ser qualificadas com legais. E finalmente a ineficiência.

Coloca que hoje há uma insegurança política em todas as formas de administração pública, não existe nenhuma categoria da administração pública hoje em dia, que seja isenta de questionamento em relação ao seu modelo e de seu estatuto de funcionamento. Tanto autarquia, ou fundação de direito público ou

privado, consórcio de direito, todas elas tem seu questionamento a respeito de algum ponto. A mesma coisa acontece com as polêmicas e inseguranças jurídicas das formas de cooperação e colaboração entre poder público e entidades civis sem fins lucrativos. Os questionamentos seriam: Devem ou não as entidades colaboradoras do Poder Público observar os princípios da Administração Pública? Incidem sobre as entidades colaboradoras que recebam recursos públicos as regras de licitação? Devem as entidades colaboradoras do poder público ser fiscalizadas pelos órgãos de controle interno e externo do Executivo Federal ou a fiscalização deve recair apenas sobre os contratos que mantém com o Governo? Pode ou não haver cessão de servidores públicos para exercício de atividades em entidades colaboradoras? Quais os limites das relações de colaboração entre órgãos e entidades públicos e entidades colaboradoras, especialmente as fundações de apoio?

Relata sobre as diferenças entre as atividades privativas de estado e as atividades não privativas de estado, a constituição estabelece quais as atividades que só o estado pode exercer, porque envolvem o poder de mando, são exemplos: as atividades de concepção das políticas públicas, a direção, a regulamentação e regulação, a fiscalização e controle e a coordenação. Em todas essas atividades a importância do ato administrativo é essencial e os resultados e riscos são sistêmicos. Tem-se mais controle da conformidade do ato administrativo em relação aos requisitos públicos (definidos no Direito Público) e menos controle de resultados, de médio e longo prazo e nem sempre mensurável. Já nas atividades não privativas de estado, que seriam atividades e prestação de serviços sociais ou voltados para o mercado, há uma importância dos resultados alcançados, os atributos estatais definem a forma como as atividades ou serviços devem ser desempenhado e prestado, garantindo a universalidade, gratuidade e laicidade. Por exemplo, quando um fiscal da ANVISA entra em um estabelecimento, ele entra para garantir a presença do estado, para regular, se ele vai multar ou não, é só uma consequência da presença do estado no estabelecimento. E nos resultados e riscos localizados, individuais se tem mais controle dos resultados no atendimento às demandas e menos controle do ato administrativo – Regime administrativo mais flexível.

Mostra que atualmente, existem no país, pelo menos cinco “regimes de trabalho” diferenciados, o estatutário, o celetista (regime geral), o celetista com derrogações do direito público (art. 37 da constituição federal), os temporários do setor público e os comissionados de livre provimento no setor público, sem vínculo.

Fala da necessidade de rever as formas de atuação do estado para garantir a ordem econômica e a ordem social. É preciso promover uma reflexão nacional acerca da atual forma de organização e

funcionamento da administração pública, por meio de debate aberto ao contraditório, que identifique a diversidade de entendimentos e promova a construção de soluções de consenso Valéria tem a expectativa de contar com a CEBES na promoção deste debate.

Refere sobre as iniciativas da secretaria de gestão (SEGES/MP), citando primeiramente o gradiente, para entender que o estado deve ser presente, mas pode e deve ter relações de parcerias para contribuir com o estado, fazer com que ele funcione.

Informa que o ministério do planejamento, em agosto, lançou um ciclo de debate com o objetivo de promover a integração entre as visões das áreas jurídicas e de gestão, na análise crítica das atuais dificuldades encontradas pelo estado na consecução dos objetivos da sociedade brasileira e na formulação e inovação de novos referenciais comuns para a atuação estatal.

Faz um convite a todos para integrarem, coordenarem esse ciclo de gestão dentro da área da saúde. A Lenir é um das coordenadoras desse ciclo de debates em São Paulo.

Considera que nem a gestão da construção do país pode se dar à revelia da lei, nem a ordem jurídica pode ser percebida como um problema para a construção do país, estão integradas. O desafio é gerar uma cultura de confiança e estabelecer uma interlocução entre operadores de direito e operadores de gestão. Teve um evento do ciclo de debates se falando da lei orgânica, neste evento um interlocutor de um órgão de controle, afirmou que todos os gestores são corruptos e incompetentes, esta não é uma postura que seja construtiva, a cultura de desconfiança não é construtiva e para se avançar na democracia, é preciso fortalecer as instituições, executivo, judiciário e legislativo, e avançar na democratização da política.

Fala que o ciclo de debates visa promover a interlocução aberta que permita estabelecer ponte entre a ordem jurídica e as urgências da gestão (para atender à realidade). É feito de uma forma descentralizada, estão sendo criados núcleos regionais e podem ser criados também núcleos setoriais, por isso que foi feito o convite a CEBES. Quase todos os núcleos são coordenados por pessoas da área da saúde, por estar mais à frente na percepção da necessidade deste debate. O primeiro ciclo de debates veio com o tema: Limites da autonomia e do controle da administração pública. Falou-se da relação entre autonomia e controle. É preciso redefinir os espaços próprios para o uso do poder discricionário do administrador público e refletir sobre as formas de controle mais adequadas a cada tipo de atividade e função pública: controle burocrático, controle de resultados e controle político-social espaço da dimensão técnica e da dimensão política. Valorização dos espaços de participação política do cidadão e judicialização: ação normativa do Judiciário e dos órgãos de

controle externo Esgotamento dos atuais formatos jurídicos da administração pública.

Explica que uma das questões em debate é a cacofonia ou pluralismo. Fala da necessidade de ordenamento deve cercear a pluralidade ou organizá-la? Atual tendência de multiplicidade de formas jurídicas e gerenciais de atuação do estado e de unificação de regimes em direção a um único e universal regime de atuação, para todas as áreas e situações. Essas questões só podem ser resolvidas através de debates públicos, daí a importância deles.

Identifica que o objetivo é obter, sob o olhar jurídico qualificado, um balanço das limitações, contradições, fragilidades e potencialidades dos formatos jurídicos da administração pública e de parceria com a sociedade civil e proposições para uma nova estruturação da administração pública, mais orgânica e sintonizada com o texto constitucional de 1988 - paradigmas da gestão por resultados, descentralização e participação social, nele presentes.

Finaliza informando que texto está aberto às críticas e sugestões e que a secretaria de gestão convida a todos para o debate e enfatiza o convite a CEBES.

Francisco Batista Júnior (CNS)

Inicia agradecendo ao CEBES e diz-se honrado por estar presente no seminário. Diz que o tema da gestão do sistema de saúde tem sido permanentemente abordado no Conselho Nacional de Saúde.

Primeiramente, faz uma contextualização que considera necessária para questão tão complexa. O primeiro ponto é que a gestão do sistema não tem a ver, unicamente, com o seu financiamento. Deve-se considerar, sempre, a ação patrimonialista do Estado brasileiro como uma importante variável histórica. O segundo ponto é o marco legal estabelecido pela Constituição Federal. Esta é um documento avançado e progressista, com todas as suas consequências atuais. O terceiro ponto, relacionado ao anterior, é o SUS. Este foi aprovado na contracorrente, o que continua a influenciar os debates a seu respeito. Comenta brevemente sobre a caravana nacional organizada para divulgar os avanços e os desafios do SUS.

Aborda, em seguida, alguns dos equívocos que ocorreram ao longo da consolidação do sistema. A municipalização, por exemplo, não ocorreu da forma mais bem pensada. Ocorreu com uma importante desresponsabilização dos Estados e do governo federal, principalmente no que tange ao financiamento. Há uma relação, portanto, entre municipalização e desresponsabilização de algumas entidades da federação. Nesse aspecto insere-se, também, a gestão

do trabalho no SUS, cuja distribuição de responsabilidades é pouco clara.

O aporte de recursos vem sendo cumprido no mínimo exigido pela CF. Há um descompromisso por parte dos governo que vem prejudicando o financiamento do sistema.

Outro equívoco importante é a não adequação às diferentes realidades, complexidades, etc. Existe uma legislação avançada mas que não foi adaptada às características de cada contexto. Há espaços onde essa articulação poderia ter ocorrido, para que o sistema não houvesse sido "largado".

Uma questão relevante é a verticalização das ações, principalmente no nível federal. Em sua experiência, viajando pelo interior do Nordeste e discutindo com diferentes conselhos, percebe que os gestores ficam esperando uma nova política do Ministério da Saúde para se credenciar e, assim, receberem mais recursos. São ações verticalizadas que são colocadas em prática, muitas vezes, em municípios que não possuem o padrão epidemiológico exigido pelos critérios das políticas. Desse modo, o financiamento está fora de sintonia.

Continua preocupante o modelo de atenção equivocada que tem sido priorizado no SUS. Há exceções, como o Programa Saúde da Família, os agentes comunitários de saúde, as ações de atenção primária, as campanhas de vacinação em massa, entre outras. O pouco que já foi alcançado pelo PSF, por exemplo, já tem grande impacto. Contudo, o sistema ainda é voltado, predominantemente, para o atendimento hospitalar e para exames especializados.

Deve-se discutir, ainda, a legislação equivocada. A lei diz que o SUS deve ser prioritariamente público, mas ocorre uma inversão de valores, com o avanço da privatização no setor. Exagera-se na parceria com o setor privado, que domina boa parte da gestão do trabalho e a maior parte dos serviços avançados, além das OS, OSCIP, etc. O SUS é inviável na lógica privada, pois se propõe universal.

A hipertrofia do setor privado impede que se alcance o financiamento desejado para o sistema público. A regulamentação da emenda constitucional número 29 não significa garantia de recursos. No mercado da saúde suplementar, repete-se a hipertrofia do setor privado, sendo um dos ramos que mais cresceu nos últimos anos.

Outra consequência dessa hipertrofia é a gestão de trabalho fora de controle. Os gestores não conseguem normatizar minimamente o trabalho e por isso acabam recorrendo a parcerias público-privadas. Ele tem consciência de que muitos optam por esses métodos "heterodoxos" por falta de recursos, o que, contudo, não justifica a prática.

Exemplifica a situação com um caso em que o gestor amplia a remuneração de certo setor de médicos o que fez com que eles migrem do hospital privado conveniado para o público. Como consequência, o privado retalia alegando que não manterá o convênio, e o governo acaba forçado a mantê-lo porque é dependente do privado para a parte de oncologia. Essa dependência não é concebível.

O debate deve ser ideológico. Há preocupação de certos movimentos sociais de deixar o Estado em segundo plano. O discurso de adequação das instituições públicas às normas do mercado é forte e persistente. É preciso aprofundar as relações de parceria, mas de modo a evitar que elas se convertam em práticas patrimonialistas.

Para concluir, lança algumas propostas para enfrentar os desafios.

Serviços mais eficientes e mais ágeis. Maior autonomia administrativa, financeira e orçamentária dos serviços. Possibilidade de autonomia de remuneração. Refere-se à proposta de nova lei da administração pública, apresentada anteriormente.

Necessidade de se profissionalizar a administração pública, de modo que não se fique mais sujeito às indicações políticas. Para tanto, é necessária a regulamentação do inciso 5º do artigo 37.

É preciso definir diretrizes nacionais de planos, cargos e carreiras do SUS. Defende a carreira única com responsabilidade tripartite. Ainda assim, mesmo com tudo isso, com incentivo à dedicação exclusiva, à regionalização, etc., ainda há problemas a serem enfrentados.

Com relação à Lei de responsabilidade fiscal, não tem como continuar. Da maneira como está disposta atualmente, não permite o financiamento da área da saúde. Cita o exemplo do estado de Alagoas.

Sobre a Lei de responsabilidade sanitária, é preciso inserir metas vinculantes aos gestores, que permitam algum tipo de punição no caso de não cumprimento.

Lenir Santos (IDISA)

Inicia falando da administração pública brasileira, que é regrada pelo decreto-lei 200, de 1967 e pela Constituição Federal, arts. 37 a 39. Uma vez excluídas as normas esparsas, esses são os principais regramentos públicos que informam e conformam o nosso direito administrativo. O controle todo, está previsto no artigo 70 e sgts. da CF que tratam do controle interno e externo da aplicação dos recursos públicos. O controle que se tem hoje é muito mais da execução orçamentária e financeira da administração e muito menos de qualidade da execução de serviços públicos.

Discursa sobre os princípios que regem a administração pública, que já foi comentado pela valéria e são: a legalidade, que mostra que tudo precisa estar na lei, diferente do particular, que pode fazer tudo aquilo que a lei não proíbe, a impessoalidade, a moralidade, a publicidade e a eficiência esses são os princípios do artigo 37 da constituição que regem a nossa administração pública.

Fala dos entes públicos que integram a administração pública pelo decreto-lei 200, de 1967 e art. 37, XIX da Constituição federal: são as autarquias, as fundações estatais, as empresas públicas e as sociedades de economia mista, esse é o leque das categorias jurídicas na administração pública.

Relata os regramentos administrativos aplicáveis a qualquer ente público, regido pelo direito público ou pelo direito privado, são eles: os princípios da administração pública do artigo 37, o concurso público, a lei de licitação e contratos, a questão da acumulação de cargos, a improbidade administrativa e o controle interno e externo. E fala ainda dos regramentos administrativos aplicáveis aos entes de direito público exclusivamente (administração direta, autarquias e fundações de direito público) que são: o regime jurídico único, o regime de precatórios, o regime especial de prazos processuais, a contabilidade pública da lei 4320 e outros.

Refere sobre a relação entre a administração pública e a EC 19/98, foi introduzido art. 241 CF e lei 11.107, de 2005, a respeito dos consórcios públicos. Até então esses consórcios públicos não tinham personalidade jurídica e esse artigo veio a permitir isso. O regime jurídico múltiplo que passou a ser permitido dentro da própria administração pública. A fundação estatal que é o modelo existente desde 1967, com inovações, como o contrato de gestão: art. 37, XIX, da constituição federal e PL 92/2007. E as novas entidades do terceiro setor chamado público não estatal que podia firmar parcerias com o poder público: organizações sociais e OSCIP. Também com a EC-19 se tem as agências reguladoras que são as autarquias de regime especial com algumas flexibilidades para serviços públicos exclusivos terceirizados mediante concessão ou permissão, remunerados por tarifa, o contrato de autonomia, que surgiu também no artigo 37, § 8º da CF e que ainda não está regulamentado e os contratos de gestão entre entes públicos que antes da EC 19, o contrato de gestão foi introduzido na administração pública para maior controle das empresas estatais.

Explana sobre as inovações, limites e possibilidades do sistema único de saúde na administração pública brasileira. As inovações jurídico-administrativas do SUS: competência trilateral material e legislativa: união, estados e municípios, o financiamento trilateral e vinculação de receitas, e as transferências interfederativas de recursos por critérios que não os convencionais: recursos transferidos

obrigatoriamente entre entes federativos (artigo 30, VII, da CF; lei 8.080; lei 8.142; EC 29, 2000).

Da continuidade às inovações jurídico-administrativas do SUS, no artigo 198 da CF, o SUS é composto de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, que são as redes interfederativas, e isso vai exigir gestão compartilhada com entes federativos autônomos e interdependentes na gestão da saúde; políticas de integração exigentes de articulação federativa fundadas, que substituiu a gestão por cooperação. Uma vez que se tem essa gestão compartilhada, se procura um planejamento compartilhado, ascendente (no artigo 36) e que vai dar resultados nos planos de saúde: planejamento integrado entre entes federativos. Critérios locais, regionais e estaduais, fazendo uma cooperação federativa, na gestão compartilhada. Inova profundamente ao definir com se organiza técnica e administrativamente o SUS hoje.

Fala das inovações mal aplicadas. Competência legislativa e material desrespeitada, descentralização-centralizada em nome das transferências de recursos e desrespeito ao papel do estado com aceitação desse papel, município-gerente de programas. A Valéria falou que temos uma federação autamente centralizada e que não quer deixar de ser centralizada. Quando fala que o planejamento é integrado, ascendente, compartilhado, isso não é uma realidade, pois só se tem hoje programas e projetos definidos pelo ministério da saúde, desrespeitando a situação econômica, demográfica e desenvolvimento social do município. A competência para legislar sobre a saúde também é desrespeitada. A união só pode fazer o que se chama de normas gerais, que são os princípios lógicos, que segue diretrizes e tem uma base sólida é como se fosse uma grande vestimenta que coubesse no país inteiro. A norma vem pronta e sem nenhuma margem para definir interesses regionais, estaduais. Ela vem pronta do ministério da saúde por portaria. Lenir declara sua satisfação pela recente decisão do tribunal de contas da união (TCU), contra uma auditoria do ministério da saúde, mostrando que por portaria, eles vão auterando a lei própria lei 80/80 e conceitos constitucionais. E foi importante o TCU apontar que não é possível o ministério da saúde legislar desse jeito, sendo que o sistema tem competência legislativa concorrente. Mais uma inovação mal aplicada seria o financiamento: contingenciamento e desvinculação de receitas. A educação conseguiu, através de uma imenda constitucional, que os recursos da educação não podem ser desvinculados e a saúde ainda continua com essa desvinculação de receitas. Outra inovação mal aplicada são as transferências de recursos por critérios de projetos e programas e não pelos critérios legais (art. 35 LOS e 3º da Lei 8.142): Desrespeito ao planejamento integrado, plano de saúde dos entes federados: gestão compartilhada

ou planejamento centralizado Isso é um desrespeito ao papel do Estado.

Declara sobre as inovações incompletas, que se ivona, mas não se completa, são as redes regionalizadas e hierarquizadas, que se tem dificuldades técnicas e administrativas para a sua implementação nesses 20 anos de SUS; falta de apoio operacional, informatização para integração da rede. A gestão compartilhada versos sistema descentralizado-federalizado, com um fraco papel do estado na regulamentação do SUS em seu território e fragilização do elo estado e municípios na organização e funcionamento do SUS. São Paulo fez uma lei valiosa na área da saúde, nos anos 90 e Sergipe fez uma lei que regulamenta a organização e o funcionamento do seu sistema único de saúde e todos deveriam conhecer essa lei. Fala ainda como inovação incompleta, do planejamento ascendente e plano de saúde com plano de saúde e execução de serviços com elo muitas vezes rompido e a falta de articulação federativa no planejamento, uma vez que esse planejamento é federalizado em nome das transferências de recursos. Fala ainda da transferência fundo a fundo com o controle próprio das transferências voluntarias e com retorno à política convenial, ainda que sob outras nomenclatura. Hoje a tranferência fundo a fundo é praticamente um convênio por causa dos controles a posteriore. Tem-se os colegiados intergestores que é uma inovação maravilhosa para a articulação federativa, esses coligiados são nacional, estaduais e regionais, pautados por portarias e não pela lei. Precisa-se formular uma lei que dê valor as decisões dos entes federativos quando eles se reúnem e que reconheça CONASS e CONASEMS como legítimos representantes dos estados e municípios. Relata da política contratual entre entes públicos que é inconclusa e não aprofundada, caracterizando novamete um fraco papel do estado. Relata ainda sobre a fundação estatal, que pode ajudar bastante a administração na gestão, a discussão foi muito maniqueísta e falava do estado verso privatização, de uma maneira equivocada, por que a fundação é um ente público e está dentro do estado. (privatização constitucional). Faltou compreensão do modelo e houve uma discussão corporativa em relação ao regime jurídico dos servidores públicos da saúde.

Coloca que é possível inovar no SUS no âmbito da gestão, sem reformas na constituição. Existem alguns pontos que precisam ser explanados. O novo marco regulatório para a administração pública, o anteprojeto de lei da comissão de jurista com contrato de autonomia, fundação estatal, regime contratual com o setor privado sem fins lucrativo, superando o convênio. A previsão de novos marcos para a articulação federativa que ultrapasse o convênio na gestão compartilhada. As novas formas de transferências de recursos interfederativos que supere o convênio e a instância de controle, por

controles no próprio estado, ficando a união com o controle mais geral das transferências. As novas formas de cooperação entre entes públicos e privados sem fins lucrativos, co-gestão, co-participação na governança. A lei de licitação e contratos que precisam ter flexibilidades que atendam as especificidades da saúde, possibilidades de criação de escala nas compras da saúde que atendam a regionalização, a rede. O sistema de avaliação que avaliem os fins de metas e desempenho e não privilegiem os meios. O sistema de controle financeiro e orçamentário preventivo e cooperativo e não apenas a posteriori. A concepção do SUS como uma rede interfederativa de saúde com articulação interfederativa e gestão compartilhada com uma criação por lei de colegiados interfederativos nacional, estadual e regional. O financiamento com transferências por critérios que contemplem o planejamento ascendente ou integrado e os planos de saúde. A não desvinculação de recursos e não contingenciamento e aplicação pelos estados dos 12% da EC 29, o que são ações e serviços de saúde explicitados no art. 200 da CF e 6º da Lei 8.080/90. A política contratual com contratos organizativos da ação pública. A lei de responsabilidade fiscal e as metas de pessoal. Os controles, avaliação de desempenho permanente e não a posteriori. A conferência de serviços com administração horizontalizada e consensual. A gestão do conhecimento com inovações geradas no âmbito do serviço público sistematizadas; fomento à pesquisa; incorporação tecnológica que avalie custo x benefício. O padrão de integralidade e acesso ordenado. O estado como o verdadeiro ente coordenador do SUS. A política de pessoal que priorize desempenho e comprometimento do dirigente e do servidor com o serviço público e cumprimento de metas. A fundação estatal, unilateral, plurilateral e mista. O critério de excelência como meta de desempenho. O direito à saúde e o consumo de saúde como sentimento de pertencimento que acontece junto com a melhoria dos serviços. E a qualidade de vida gerando saúde. Conclui agradecendo ao CEBES o convite.

Debate

Nelson (CEBES/IDISA)

Parabeniza as palestras do Roberto e do Francisco. Ressalta a questão do Estado patrimonialista, expressa na regressividade do sistema tributário. O Estado, historicamente, tem tido pouco compromisso com o bem-estar da sociedade.

A tarefa das entidades ligadas à sociedade é alcançar a democratização do Estado. O Estado ainda não é democratizado e a

população não participa efetivamente da formação das políticas públicas.

Ao se discutir os modelos de gestão pública, devem ser considerados aqueles mais consoantes com os interesses da população. Para tanto, é fundamental a mobilização das entidades da reforma sanitária juntamente com a sociedade civil organizada. A democratização do Estado, nesse sentido, pode tornar-se uma plataforma de luta eleitoral para 2010.

Pede à Valéria que disponibilize o plano da Comissão de Juristas para que sejam discutidos os aspectos relacionados à saúde. Deve haver uma posição formada do setor para contrabalancear o Estado antipopular e anticidadão.

Ilmar (CEBES)

Diz que o processo eleitoral em 2010 é uma oportunidade importante para que o CEBES se reafirme. Para ele, a discussão da reforma sanitária está fragmentada e setORIZADA. É necessário que ela adquira maior dimensão política, aliada aos demais movimentos sociais, o que poderia ser feito no ano eleitoral. As discussões não podem ser entre o contra e o favor, maniqueístas; os temas são mais complexos que isso.

Liu (CEBES/PE)

Comenta sobre o CEBES e sobre sua importância para a discussão da reforma sanitária. Para que esta seja possível, é fundamental uma reforma do Estado, tanto do marco legal como das práticas consolidadas.

O tema da participação social deve ser mais discutido. O envolvimento comunitário precisa se fortalecer, não apenas por meio dos conselhos de saúde. O contexto eleitoral de 2010 é boa oportunidade para discuti-lo.

Pergunta, primeiramente, o que é uma fundação civil como patrimônio de afetação pública.

Questiona quais são as possibilidades de se discutir melhor a relação entre setores público e privado. Argumenta que há práticas privatizantes que geram efeitos negativos.

Sobre tema do financiamento, diz que este é insuficiente para o SUS integralmente implementado.

Gostaria que os membros da mesa falassem mais sobre as organizações sociais. Entra nessa discussão porque, em muitos estados, tem sido uma alternativa recorrente. Acredita que a expansão das OS poderia trazer problemas para a consolidação futura do SUS.

Lisaldo (CEBES/CE)

Não há consenso a respeito das fundações e das organizações sociais. Ele possui uma posição pessoal, como cidadão, contra as fundações. Diz que Valéria colocou muito bem a necessidade de discussão.

Pior que as fundações, para ele, são as OS. As fundações ainda têm algum controle social; já as OS têm pouco controle. No caso das duas que ele conhece no Ceará, acredita que elas ferem os princípios de impessoalidade e da legalidade, pois elas servem para alocar correligionários dos políticos governantes.

Pede para que os palestrantes manifestem, explicitamente, suas posições sobre as fundações. Questiona como vai ser a conciliação das fundações com as diretrizes do plano de cargos e carreiras. Seria possível pensar em um plano de cargos e carreiras nesse contexto?

Lenaura (CEBES)

A questão das eleições de 2010 é de fundamental importância para as discussões do CEBES. É necessário elaborar um documento dirigido aos candidatos, o que deve contar com contribuições e manifestações externas. O blog do CEBES está aberto para isso. Toda a produção de seminários e documentos é extremamente trabalhosa e depende da participação dos demais.

O papel do Estado tem sido considerado mais importante desde a crise financeira que atingiu o mundo, mas isso pode ser meramente conjuntural. Este tema deverá ser tratado no debate eleitoral de 2010 e afeta as políticas de saúde. Atualmente, os governos que têm estratégias mais populares de esquerda são muito limitados na superação efetiva das desigualdades. Mesmo no Brasil, há políticas sociais abrangentes, mas muito focadas na pobreza, sendo que o problema maior é a desigualdade social. As práticas do governo, mesmo os de esquerda, dificilmente superarão os problemas sociais de desigualdade.

Nesse sentido, a reforma sanitária é elemento do combate à desigualdade. A democracia é eleitoral. Não há democracia social. Precisa-se de desenvolvimento. A reforma sanitária pode como levar à democracia e a um Estado sólido.

Comentários dos expositores

Roberto Passos

Ao se discutir os modelos de gestão, articulado à questão do direito à saúde, não se deve limitar o debate ao campo da saúde especificamente. As discussões devem abordar, primeiramente, temas mais amplos. No caso da saúde, por exemplo, é preciso definir de que maneira esta é concebida. Como um direito ou como um

objeto de consumo? (retomando o que disse a Lenir em sua palestra).

Existe grande acumulação capitalista sobre a saúde, pois o setor tem sido um dos combustíveis no crescimento e na diversificação da indústria como um todo. No caso da economia dos Estados Unidos, não há mais uma indústria de guerra que sustente o crescimento, como no período da Guerra Fria. A saúde é uma alternativa em termos de produção de serviços e de diversificação de produtos.

Contudo, nos EUA o setor é desregulamentado e baseado no consumo. Na China e na Índia, por exemplo, a despeito do baixo gasto governamental, há métodos e práticas populares que permitem manter algum padrão. No Brasil, as práticas populares foram substituídas pela farmacêutica de ponta. Isso remete ao modelo de saúde que se quer para a sociedade.

No que se refere à estruturação do sistema de saúde, deve-se debater não a fundação estatal, mas o projeto de gestão pública, como falado pela Valéria. Deve haver algum compromisso por parte da candidata do governo. O CEBES deve se engajar nessa discussão, assim que ela se manifestar a respeito.

Valéria Salgado

Com relação ao projeto de Lei da administração pública, diz que a idéia é discutir o projeto agora, com o debate aberto, para apresentar propostas para os partidos no ano que vem. A ministra Dilma, especificamente, tem dado muita atenção ao projeto e pediu que ele seja enviado para a Casa Civil. Tem muitos pontos da lei que devem ser revistos, daí a importância do debate, já que ela foi feita com autonomia dos juristas.

Respondendo à Liu, a fundação pública prevista no projeto tem personalidade jurídica, mas é um patrimônio público, que exerce uma função pública. Não pode ser uma função privada.

Sobre a questão da má gestão, diz que é verificada em qualquer instância, tanto na administração direta como nas fundações. Esse é um dos pontos de questionamento do ciclo de debates.

Com relação ao regime administrativo (controles legais e normativos da ação do administrador), questiona se ele é suficiente para impedir a privatização da máquina pública. Ou será que são necessários controles (legais e normativos) mais inteligentes, com maior participação social? É necessário que a preocupação com o controle social se reflita nas demais entidades da administração (autarquias, etc.). Concorda, portanto, com a questão da má gestão, mas não a restringe às fundações.

Gosta do modelo da organização social. É uma parceria que deve ser firmada quando há interesse público; não deve, contudo, substituir os

serviços públicos. É necessário, portanto, rever os regimes já existentes.

A Lei de responsabilidade fiscal precisa ser flexibilizada para a saúde. A lei 8.112 (do regime federal) visa cercear a capacidade de a administração pública estabelecer benefícios setoriais.

Sobre o que o Lisandro disse, diz que não está “em cima do muro”. Diz que o Conselho Nacional de Saúde fez oposição ao projeto das fundações, enquanto outras forças foram a favor. Agora, o projeto deve ser discutido na Câmara dos Deputados. A sua saída da pauta significa a derrota democrática, pois a Câmara é o local legítimo para o debate, a despeito de suas falhas.

Luís Neves

Diz que o CEBES foi favorável a maior discussão sobre o projeto das fundações.

Francisco Batista Júnior

Comenta sobre o que foi dito pelo Nelson e pela Niu. Sobre o tema da democratização do Estado, diz que a reforma que deve ser feita não é só legal, mas também de cultura. Em documento recente enviado pelo CNS à Presidência da República, havia pontos que não dependem de qualquer legislação, como o da democratização do Estado.

Esse debate envolve as OS, as fundações, etc. Na área da saúde, as OS não têm sustentação legal. A lei orgânica do SUS diz que é tarefa do Estado gerir os serviços. Assim, tal competência não pode ser transferida. Do ponto de vista prático, as OS representam uma concepção de Estado.

Diz que “a história não acabou”. A reforma sanitária continua atualíssima junto com seus princípios basilares. Na disputa pela consolidação do SUS, deve-se analisar o momento histórico e a realidade objetiva. Isso significa que, se não dá pra avançar, não se pode, ao menos, retroceder.

Retornando ao tema das fundações, diz que já há parecer do AGU contrário ao projeto do RJ. Critica as organizações sociais pelo fato de elas não se contraporem ao patrimonialismo do Estado. Ademais, para que haja carreira única no SUS, não tem espaço para fundações de direito privado, que têm planos de carreira próprios. Acha que fundações de direito privado são viáveis em algumas áreas; não na saúde.

Conclui dizendo que todas essas dificuldades podem ter ações corretas.

Lenir Santos

Inicia com o seguinte questionamento: por que se está discutindo a melhoria da gestão? A resposta é: porque se quer resultados. E isso passa por mil questões.

Com relação às OS, diz-se contra tudo o que for substitutivo do Estado na área de saúde e a favor do que for complementar, como o terceiro setor. É favorável às parcerias, mas não à substituição. Hoje em dia, as OS são substitutivas do Estado.

Sobre fundações, diz que existem desde 1960, não sendo, portanto, nada de novo. É a favor porque as fundações estão dentro do Estado; é o Estado que as controla. Existe controle do tribunal de contas, da auditoria externa, do Ministério Público, das secretarias, dos Conselhos de saúde e é o Estado que a cria por uma lei.

Sobre a pergunta da Liu ("o que é uma fundação civil com patrimônio de afetação pública?"), diz que se refere a fundações com um patrimônio público deslocado (afetado), ou seja, destinado a atender uma determinada finalidade (no caso, a saúde).

Mostra-se plenamente a favor. A fundação é mais um instrumento para fazer gestão pública. Existem exemplos negativos, mas qualquer tipo de gestão, seja ela na administração direta ou em uma empresa privada, pode ser deturpada para atender a interesses particulares.

A saúde para a população depende do comprometimento de todo o setor público e da responsabilização (ter responsabilidade e ser responsável). As fundações não fogem desses princípios, portanto podem e devem ser utilizadas quando auxiliarem o sistema.

Debate

Alcides (CEBES/UFRS)

Diz que há uma premissa com essa discussão por não se tratar de discutir reforma constitucional. O que se propõem é que para se cumprir a lei um conjunto de diretrizes e de portarias, algumas contraditórias e se precisa trabalhar com consolidações. Tomar uma idéia de uma consolidação de leis de administração pública. Há um inclusive um anúncio de uma consolidações de leis sociais. Trata da direção e condução política. O CEBES se constituiu historicamente a partir de uma agenda de reforma setorial e de uma agenda de transformação do estado sobre a idéia de democratização do estado. Há uma semana atrás, Alcides passou para seus alunos de graduação em saúde coletiva, um discurso do Sérgio Arouca, na abertura 8ª da conferência nacional de saúde para assistirem, quando terminou o vídeo ele perguntou o que tinha chamado a atenção deles, e eles perguntaram se o discurso tinha sido feito recentemente, mas o vídeo

era atual. Porque o que estava sendo colocado no vídeo com questão primordial era a democratização do estado, aí se fala de uma disputa ideológica por legitimidade, outra dificuldade que aparece quando se dá aula é explicar como uma conjuntura tão adversa como foi a constituinte, como se conseguiu estabelecer o marco regulatório da saúde. Foi tráfico de influência? Foi lobby? Não, na verdade havia ali um critério de legitimidade que foi constituído a partir da disputa ideológica e de discussão sobre política, e aí o que que acontece hoje? A sociedade, chamado estado de direito, foram capturados e são reféns do mercado político. Tem-se que se discutir reforma política.

Ontem o governador Arruda anunciou que não vai mais se candidatar e cinicamente disse que não se candidata enquanto essas regras eleitorais existirem, ele é o refém da regra. mas em outra medida, com as devidas proporções, nós que discutimos governabilidade, quando estamos no governo dizemos: “em nome da governabilidade...”. Qual a governabilidade dos SUS? Nós não abdicamos da disputa ideológica ao longo desses anos, mas secundarizamos essa questão ao ponto de não ganharmos legitimidade na sociedade civil. A Inglaterra da década de 47 até a década de 60, ganhou legitimidade política junto a sua população a partir de determinações. Nós precisamos colocar na nossa “pauta” como se ganha legitimidade política. O SUS é marca simbólica pra gente, estamos falando de uma política pública e essa discussão precisa ser retomada. É fundamental que as nossas formulações em torno dessa questão da democratização do estado sejam atualizadas e sejam uma questão primordial hoje. Devemos discutir, debater, disputar ideológica e politicamente a governabilidade sobre o estado brasileiro.

Pedro (Núcleo do CEBES de Ribeirão Preto)

Inicia dizendo em São Paulo esse tipo de debate estava muito reduzido ao instrumento jurídico de gestão e o CEBES foi muito feliz em conseguir ampliar esse debate para a questão do modelo de gestão. Mostra o interesse de ampliar ainda mais esse debate para uma discussão de projetos. Informa que existem dois projetos pro SUS, o nosso, que é solidário e universal e o do SUS que exonera custo na alta complexidade. Esses dois projetos são antagonizados, ainda mais nesse momento em se as eleições se aproximam. É preciso ter a clareza que esse projeto antagônico ao nosso, o instrumento que ele tem propagado é a OS, pois é estratégico se opor as OS, a gente sente muito isso na cidade de São Paulo, porque elas são o instrumento desse projeto neoliberal. O CEBES precisa ter essa clareza estratégica de que não é questão de diminuir o debate, mas de precisar se opor ao avanço desse outro projeto “precarizante” do

SUS e também construir, o debate do modelo de gestão é muito importante, desde que não se perca a clareza desse debate do projeto. E na verdade quem trouxe essa questão pro debate foi o ministério do planejamento, e não fomos nós (fala em nome da CEBES). No momento em que Valéria coloca na apresentação de que a gente quer um novo modelo de gestão não para pra poder fazer compras mais rápido, nem contratar pessoal de forma mais ágil mas para cumprir o princípio constitucional, de construção de uma sociedade mais livre, mais igualitária e menos injusta. É preciso ter em mente muito forte a idéia desse debate de que esse novo marco e esse nosso modelo que a gente está construindo, em que ele avança para esses nossos princípios e para se conseguir novos modelos de gestão solidários? Que Solidarizem o gestor, o usuário e o trabalhador. Priorizar, não é só a agilidade, mas também a questão da solidariedade.

Itana (CEBES/BA)

Não houve questionamento, pois as últimas explicações da mesa sanaram sua dúvida.

Finalizando os trabalhos da manhã, Luiz Neves entrega os certificados aos palestrantes e finaliza fazendo uma homenagem ao ex-ministro Jamil Haddad que faleceu no dia anterior.

Mesa IV - Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal

Ana Costa (coordenadora da mesa IV)

Enfatiza a necessidade de avançar e ampliar o debate, e a importância da temática a ser discutida: relações entre SUS e saúde suplementar, buscando uma análise da situação e alternativas para o futuro do sistema, face às relações público-privado.

Ao mesmo tempo em que o SUS se pretende universal e integral, há insuficiência de recursos e de financiamento. O que se observa é o aumento do subsistema privado, frente o qual a regulação estatal vem sendo efetuada, mas não tem interesse em preservar o sistema único de saúde.

Aponta para o vínculo das classes sociais mais privilegiadas ao sistema privado. Hoje o SUS é cada vez mais visto como um sistema exclusivamente para pobres.

No contexto da universalidade, onde todos têm direito à saúde, a dupla porta, a diferenciação das tabelas e o ressarcimento criam

condições perversas à universalidade e permitem o saqueamento do SUS por parte dos planos nos serviços de alta complexidade.

Apresenta o tema como cheio de desafios, especialmente no que concerne o ressarcimento e a renúncia fiscal. O CEBES quis trazer vários olhares e parcerias para amplificar o poder de luta.

Expositores convidados

José Carvalho de Noronha (Fundação Oswaldo Cruz)

Iniciou dizendo falar sobre o sistema de saúde brasileiro tem sido a sua experiência acadêmica e de administração pública, e ressaltou a complexidade de tratar temas relativos às relações entre o público e o privado no sistema de saúde.

Passou à apresentação das primeiras contas satélites de saúde, que mostram o quanto que o Brasil gasta de sua riqueza com sua saúde. Nestes números, conclui-se que 8,4% é apropriado pela saúde. Dessa forma, perguntou-se se haveria sentido passar de 8,4% para 12% destinados ao social, concluindo que já se gasta muito neste âmbito. Para fundamentar este argumento, comparou gastos do Brasil com os de outros países: o Brasil gasta mais que a média internacional, mais ainda que países com sistemas universais eficientes, como o Reino Unido.

Outra dificuldade também é a composição do financiamento: os recursos federais representam metade do gasto total. Deve-se saber como legislador vai encontrar mais fontes de recursos e redistribuir gastos do governo.

Sobre as diferenças entre o gasto privado e público com saúde, observa que não apenas o gasto privado é maior e também é de camadas mais privilegiadas. Outra categoria observada foram os beneficiados de planos públicos, que estão acima da média da renda nacional. Comparando perfis, conclui que o perfil do plano de servidor público é o perfil de uma clientela que, por estar mais avançada em sua estrutura etária, é consumidora de tecnologia e recursos.

Estes planos suprem a maioria dos recursos para hospitais e médicos, e o custeio de hospitais cabe àqueles que têm planos. Assim, hospitais vão para cidades onde há vasta adesão a planos de saúde, fazendo que a oferta da qualidade seja direcionada por padrão de financiamento.

A composição da rede assistencial atual mostra que um quarto da população está coberta por planos privados. Uma parte dos leitos de internação é compartilhada, isto é, provida por planos privados e pelo SUS, e há uma tendência à especialização de estabelecimentos para

atendimento exclusivo a planos. O perfil do setor privado, então, é composto por base tecnológica mista, setor que compete no custeio e tendência à especialização.

Esse perfil faz um terceiro ponto: enquanto que no SUS discutem-se questões relativas a redes assistenciais, à saúde da família, etc., nos planos discutem-se especialidades médicas. Não há nestes uma concepção de rede, e sim de consulta. Essa concepção é a desejada pelos médicos, que em sua maioria querem ir para os planos.

Apontou que a maior parte das consultas da PNAD é feita em consultório médico, devido a um tipo de financiamento que representa o que havia de mal no INAMPS. Sublinhou igualmente o crescimento do financiamento global dos serviços de saúde privados desde 1981 até 2003. Isso reflete um padrão que requer cada vez mais assistência médica, por fatores como o envelhecimento da população e maior esperança de vida. Diz que prevenir serve justamente para viver mais tempo em boa saúde, e não para economizar.

Sobre impostos, apresenta tabelas que comparam carga tributária no mundo. A carga tributária está abaixo da média da OCDE, de 36,2%, e muito abaixo da de países com grande equidade social. Defende que há de se aumentar impostos, a questão é saber se é preciso buscar aumento de impostos destinados à saúde ou a diversas outras áreas combinadas. O problema com a base tributária do Brasil é que esta é fortemente regressiva, prejudicando a renda dos mais pobres e não taxando devidamente a renda. Os impostos sobre a renda no Brasil são de 19%, enquanto que a média da OCDE é de 35,7%. A tributação sobre os salários prejudica os mais pobres, e há muita dificuldade em tributar os mais ricos.

No seguinte tópico, sobre o financiamento público, calcula como seria o orçamento da saúde se houvesse a apropriação de 30% orçamento da seguridade, como previsto na constituição de 88. Este orçamento seria em 2008 de 112 bilhões, quando o orçamento do Ministério da Saúde foi, na realidade, de 54 bilhões. A evolução da maior participação de estados e municípios é devida a retração da participação da União. Se fosse restabelecer a regra original, a União teria 73% de participação da receita anual do SUS, e, no entanto, a União retraiu sua participação, inclusive por mecanismos de desvinculação de receitas.

Estima a renúncia fiscal em 6 bilhões. Evoca levantamento de gastos tributários do IPEA, incluindo gastos com entidades filantrópicas, desoneração de medicamentos, assistência a empregados, assistência aos servidores públicos, adicionando que apenas a folha de gastos tributários com a Petrobrás é da ordem de 1,8 bilhões. São recursos federais da União que não são aproveitados.

Coloca em questão o número de 2 bilhões de reais de renúncia de pessoa jurídica, levando em conta que receita total de operadoras foi de 60 bilhões de reais e que a maior parte dos planos são planos coletivos. Segundo ele, há aí algo a ser esclarecido.

Comentando ainda as tabelas, diz que os planos gastam per capita com seus protegidos quase três vezes o que gasta o SUS. Também observa que a esperança de vida não é coerente com gastos de saúde. Conclui afirmando ver um forte problema na vinculação de impostos a atividades finalísticas, ainda que compreenda a luta pela CPMF. Não concebe impostos específicos, pois há de retomar conceito de seguridade, ou o conceito de orçamento social, para planejamento articulado.

Beth Barros (IPEA)

Diz que sua fala se reduzirá a alguns aspectos a serem acrescentados à apresentação de Noronha. A informação trazida mostra que há um sistema segmentado, desigualmente financiado e com inequidades muito grandes. Foca em aspectos relacionados a essas inequidades e soluções que têm sido apresentadas.

Define como a principal inequidade o fato de beneficiários de planos de saúde têm dupla cobertura, pois transitam entre um sistema e outro livremente. Há quem advogue que uma alternativa seria a de criar uma clara separação entre clientes.

Opõe-se a essa alternativa, primariamente por ser inconstitucional. Em segundo lugar, porque há uma ilusão de que essa separação de clientela promoveria separação entre sistemas, o que não é verdade, especialmente pelo perfil de distribuição de renda no Brasil. Outra razão é que as coberturas nos planos no Brasil são predominantemente através de planos coletivos. Isso significa que, em situações de crise, recorre-se ao sistema público, o que se relaciona ao fato de que o tempo médio de permanência no mesmo emprego e na mesma empresa caiu bastante, havendo uma média entre 2,5 a 5 anos. Neste contexto de instabilidade, há uma forte presença de intervalos entre um emprego e outro, e, neste período, a população tem que ser coberta pelo SUS – o que mostra que a interligação entre o SUS e sistemas privados não deixaria de existir.

Em terceiro lugar, no contexto da cultura política brasileira, tal medida seria uma consagração da concepção de que o público deve ser para os pobres e o sistema de melhor qualidade para os privilegiados. Afirma que o atual desenho segmentado está associado a essa cultura política: o SUS desde o início foi visto como uma política para pobres, e o sistema para privilegiados que era o INAMPS se transferiu para sistema supletivo. Lembra que na década de

1980, apesar da CUT ter defendido o SUS, havia simultaneamente acordos incluindo planos de saúde. Reafirma que separar a clientela seria algo inconstitucional e danoso para população brasileira.

O segundo ponto a ser tratado é eliminar subsídio injusto, e a profunda inequidade que tem a forma de renúncia fiscal – como deduções no imposto de renda de pessoa física e jurídica. Para ela, a disparidade de valores questionada por Noronha tem relações com “mágicas contábeis”, isto é, o fato de as compras de serviços pelas empresas não serem diretamente deduzidas como custo de saúde, e sim como custo operacional, o que faz que contabilizar esse gasto seja mais difícil

Diz que a estimativa para 2008 de gastos tributários feita pela Secretaria da Receita Federal estipula próxima de 5 bilhões a soma de despesas de pessoas física e jurídica. São omitidas aí as renúncias fiscais destinadas a filantrópicas e medicamentos, por serem estas de outra natureza. As estimativas e previsões tendem a se aproximar da realidade, mas frequentemente varia o previsto para pessoa jurídica e o realizado para mesma.

A renúncia fiscal, em 2006, representou 3,5 bi de renúncia de pessoa física. A renúncia de pessoa jurídica tem papel relevante na expansão do mercado, por meio de subsídio oculto, porque alarga a disposição das empresas de adicionar *friend benefits*. Já a renúncia de pessoa física tem menor impacto, porque a dedução no ponto de vista da pessoa física é menos perceptível - representa metade das deduções, ou 10% das renúncias.

Entretanto, propor eliminar a renúncia traz problemas para base de política, visto que a maioria das pessoas acha inaceitável e entendem que só fazem esses gastos por não haver sistema público que funcione. Menciona uma série de estudos que concluem que isso poderia repercutir na ação de empresas ao contratar planos para seus empregos. Portanto, por mais desejável que seja eliminar essa inequidade, há pouca probabilidade de acordo político.

Ademais, tal medida repercutiria sobre a sustentabilidade do mercado de saúde suplementar, atenta para manifestações recentes, notadamente o processo de fusão da AMIL e da Medial, que suscitou um debate que extrapolou a questão da saúde, da oferta, etc, e passou para a análise do que significava duas operadoras de saúde entrarem em fusão.

Sugere que isto significaria uma exigência do mercado, e que o mercado de saúde suplementar atingiria o limite de expansão possível. Se isto for verdade, o que parece ser, haja vista a presença crescente de planos coletivos em expansão, seria um indicativo de que a esfera de expansão tradicional, o mercado formal de trabalho, está limitada.

Outro ponto enfatizado é a necessidade de diminuir as inequidades e de fazer aporte adicional de recursos para o SUS através de uma estratégia de ressarcimentos de atendimentos com maior complexidade e maior custo. De acordo com os dados, entre 99 e 2005, cerca de vinte por cento dos atendimentos prestados pelo SUS a beneficiários de planos de saúde - cerca de novecentos mil atendimentos - se referiam a parto. Sugere que alguma coisa na visão atual está equivocada - não é a complexidade que faz essa relação, há outro fator.

Ademais, 30% dos atendimentos são de clínica médica, clínica geral e obstetrícia. Provavelmente não são procedimentos de elevada complexidade. Pergunta-se então como explicar a interpenetração no caso das grandes cidades e aglomerações urbanas onde estão concentrados os planos de saúde e recursos materiais e humanos.

Isto está associado ao processo de micro-regulação de operadoras privadas, dificultando acesso a certos serviços e fazendo que atendimento seja feito pelo SUS. No caso do interior, é uma questão de disponibilidade de serviços, pois a rede privada não se interioriza. Onde existe esse tipo de atendimento é na rede pública, então a população busca a rede pública para tratamento.

Necessidade de reconstruir a imagem do SUS no imaginário social do país como um sistema que pode oferecer serviços e eficazmente, o que significa brigar por financiamento. Discorda que seja inviável expandir financiamento, deve-se olhar para onde vai esse dinheiro que o Estado arrecada. Discutindo o recurso da seguridade social e mais alguma coisa, escolha social,

Outra questão: como construir um suporte no imaginário junto a essa faixa que vê o SUS como um sistema para pobres. A classe média poderia economizar se houvesse um sistema que oferecesse uma oferta mais com oportunidade e continuidade.

Carlos Octávio Ocké Reis (IPEA/ANS)

Inicia agradecendo ao CEBES e dizendo que não representa as instituições às quais está vinculado. Apresenta-se para discutir as contradições da relação entre o público e o privado, com a apresentação intitulada "Medicina socializada é a pedra fundamental da arquitetura do Estado socialista? O desafio do campo democrático popular nas eleições de 2010".

A luta pela saúde pede rebeldia e rigor teórico da militância para transformar a realidade sanitária e as instituições de saúde no Brasil. Lula, o governo e os movimentos populares precisam entender o significado da luta pelo SUS. Ainda que o governo Lula tenha sido superior ao de FHC no plano social, não há projeto estratégico para

vivificar e legitimar o SUS, e sim uma visão pragmática, fiscalista, que passa a contaminar setores progressistas no Estado e na sociedade. Isto é um grave erro, um equívoco inaceitável.

Nos EUA, pelo contrário, mesmo em plena crise, Obama propõe aumentar a participação estatal, em face de um setor privado oneroso. No Brasil, por outro lado, o governo não priorizará a votação da contribuição social à saúde e não haverá ampliação do orçamento. Qual seria a agenda para construir então um modelo social público, seguindo experiências como do universalismo europeu? Pergunta-se então se o mercado se haveria tornado a solução, e não mais o problema. Responde que não, o mercado não é uma alternativa para a população brasileira no que concerne a saúde.

Para avançar nessa disputa de forças hegemônicas não basta construir um programa tecnicamente viável e apresentá-lo nas eleições de 2010. É fundamental que este seja fruto do consenso da unidade do campo democrático popular para que seja possível sustentá-lo no futuro governo. Este programa, provavelmente de base social-democrata, deve estar articulado a uma estratégia defensiva de acúmulo de forças que busque o igualitarismo do SUS e uma política social para barrar políticas neoliberais.

A ideologia reformista imaginava em sua origem que conseguiria a universalização para todos, a redução do mercado de planos e a melhoria de qualidade de serviços. 21 anos depois, projeto reformista foi de certa forma exitoso, pois houve tremendos avanços sociais e a pobreza teria uma dimensão mais trágica sem um sistema universal e redistributivo. Além disso, há algumas experiências exitosas, como o tratamento da AIDS, e é necessário basear-se nisso para a mobilização.

No entanto, o SUS não tem financiamento estável, o mercado cresceu, estratificação clientela não foi superada. O SUS não cobre regularmente o mercado formal de trabalho do funcionalismo público, o pólo dinâmico da economia, perdendo assim o apoio das centrais sindicais e movimentos de trabalhadores. As centrais sindicais organizaram-se para definir eixos de luta em comum, e o SUS não foi incluído. Os sindicatos priorizam os planos coletivos de saúde, o que enfraquece o SUS.

É preocupante observar a tendência à privatização, considerando-se o tamanho do mercado de planos de saúde, o nível dos gastos privados e as restrições fiscais impostas. Igualmente grave é observar parasitismo do subsistema privado em relação ao SUS, produz efeitos nocivos sobre regulação, sobre o planejamento, sobre financiamento, inclusive na renúncia fiscal, boicote ao ressarcimento, sobre a organização de profissionais de saúde, regulação da incorporação tecnologia, sobre equidade de acesso e caráter público do terceiro setor.

Incentivos do Estado ao setor privado evidenciam relação estrutural entre o Estado e o mercado, seguindo a lógica de acumulação capitalista. Para além da Agência reguladora, há instrumentos concretos para pressionar e mudar a atuação do Estado, que continua agindo de forma a favorecer lucros de operadoras de planos de saúde por meio do fundo público resolvendo em parte as pressões dos custos. Deste modo, o Estado socializa o custo da reprodução da força de trabalho.

Apresentando o ponto mais polêmico da apresentação, a seu ver, para refrear esse movimento de privatização, par e passo a um movimento de fortalecimento do SUS, uma inovação possível repousaria na criação de um tipo de propriedade privada de interesse público em direção a novos modos de intermediação do financiamento dos serviços privados. Essa transição passaria pela reconstituição do mutualismo, combinada a um forte ativismo de política de Estado no âmbito do mercado na passagem do seguro privado para o seguro social, para estancar o parasitismo do privado em relação ao SUS. Visando estender papel intervencionista do Estado na atual correlação de forças, não sendo possível reinventar o sistema de saúde fora do sistema de mercado e suas tendências intrínsecas à exclusão, o Estado deve usar de seu poder de comprador e servir de regulação do poder do capital nessa esfera. Enfim, criar empresas modelo baseadas no modelo de gestão e associação, e, por que não, pensar em um plano de saúde do Estado como foi apresentado em 2005. Ademais, articular a regulação dessa atividade privada de interesse público a um regime de concessão de serviços.

É dada, assim, a base material da crise do SUS, precisa ser superada, inclusive na falsa ideologia de que o SUS não funciona diante das classes médias e populares. O SUS tão somente pressuposto na constituição, o que é necessário, mas insuficiente. Deve-se reunificar o bloco político histórico do SUS, para aprovar a emenda 29, para diminuir a desigualdade de acesso e utilização dos serviços de saúde, para fortalecer a regulação dos planos privados e melhorar condições de saúde da população.

Porém, não há espaço para SUS em meio a pobreza, a baixos níveis educacionais, etc. A defesa deverá ser articulada com transformações estruturais da sociedade, a uma política antineoliberal onde Estado teria maior papel, tornando-se de fato um Estado para todos. As atuais condições difíceis pedem unidade e humildade, para que diferenças não sejam tratadas como antagonismo.

Nilo Brêtas (CONASEMS)

Inicia agradecendo o convite à participação do CONASEMS no seminário. Diz que vários dos pontos que discutiria já foram abordados, o que tornará a palestra mais breve. Acompanha, como membro do CONASEMS, a câmara de saúde suplementar, por isso tentará contribuir de uma maneira diferente da dos especialistas que falaram anteriormente.

Em sua apresentação, aponta problemas e desafios do sistema, com ênfase nas disparidades entre o setor público e o setor privado. Primeiramente, verifica-se que não há relação entre ambos; falta diálogo no dia-a-dia do gestor de saúde. Impera a concorrência; o fracasso de um é o sucesso de outro. Isso ocorre porque há disputa por redes, por hospitais etc. Ademais, não há planejamento que considere os dois setores. Não há um canal de comunicação estabelecido. Percebe-se que o SUS é vulnerável à opinião pública, especialmente no que tange aos procedimentos de baixa complexidade. Essa imagem é fomentada, em parte, pela lógica do mercado, que modifica o modo pelo qual os usuários veem a saúde.

Por outro lado, há fragilidades também da saúde suplementar. A lucratividade vem caindo e os usuários encontram algo diferente do que pagaram. Os médicos também reclamam da defasagem dos vencimentos. A distribuição do setor privado é muito heterogênea e concentra-se no estado de São Paulo. Assim, em certas regiões, ocorre excesso de oferta da rede privada e ociosidade da rede pública. Há, finalmente, problemas na divisão de responsabilidades. O impacto final do setor privado sobre a gestão do SUS não é inteiramente conhecido.

Com relação à questão dos ressarcimentos, existem inúmeros problemas. O modelo de ressarcimento é uma luta ferrenha que gera poucos resultados. Mas há uma experiência adquirida dessa regulação pela Agência nacional de Saúde. Houve avanços da ANS, especialmente com relação ao sistema de informações, o que aumenta o conhecimento dos processos. Contudo, o foco deve ser no planejamento, mediante o reforço da função regulatória da agência, o que permitirá maior integração com o SUS. Deve-se aprofundar a "interface".

No atual estágio, discute-se uma relação inexistente. O problema não é o que fazer, e sim como construir essa relação. Deve ser questionado como redes podem ser formadas, como alcançar a ampliação e melhores níveis de atenção básica, etc. São alguns dos muitos problemas que devem ser qualificados.

Outra questão é o planejamento da gestão regional, que embora tenha processos desenvolvidos ainda é pouco eficiente. Menciona,

pontualmente, problemas relacionados a estrutura, a institucionalização das instâncias de decisão do SUS e a questão do cartão de usuário, além da necessidade de discuti-los.

São essas algumas perspectivas que podem ampliar o debate a respeito de o que impede e atrapalha a união de esforços entre os setores público e privado em prol de uma ação comum.

Wilson Alecrim (CONASS)

Cumprimenta os presentes, agradece ao CEBES e relata um pouco de sua trajetória. Já foi gestor duas vezes: secretário de saúde durante o governo de Arthur Virgílio na prefeitura de Manaus, no tempo em que este era filiado ao PCB e, mais recentemente, como secretário de Estado de saúde. Acredita que o maior desafio do gestor é como fazer a gestão, e parabeniza o CEBES por trazer o tema à discussão.

Discute a área de saúde suplementar. Os planos sempre existiram. Durante a época do INAMPS, quando iniciou sua prática médica (anos 1970), havia duas práticas comuns traumatizantes que foram abolidas graças à implantação do SUS: a existência, em hospitais, de uma área de indigentes e o fato de que apenas portadores de carteirinha do INAMPS eram atendidos.

É a partir de 1997 que se passa à regulação do setor de saúde complementar. Nesse mesmo ano, após debates no Congresso Nacional, foi elaborado projeto que regulamentava planos e seguros, aprovado como lei em 1998. Em 2000, foi criada a ANS, que deveria procurar uma interface com o SUS. A partir de 2004, realizaram-se seminários macrorregionais da ANS, em que se esperava alcançar uma agenda uniforme que possibilitasse interface com o SUS. Discutia-se a transformação da saúde complementar, a integração com o SUS e o seu ressarcimento. Contudo, o resultado de todas essas iniciativas foi que pouco se avançou.

O setor de saúde divide-se em SUS e saúde complementar. Na saúde complementar, há dois subsistemas: o liberal clássico e o ligado à própria saúde complementar. Em um *slide* específico de sua apresentação, demonstra que, entre 2003 e 2009, o número de beneficiários aumentou de 31 para 41 milhões, com destaque para o crescimento da assistência odontológica. O certo é que, em diferentes modalidades, há 53 milhões de brasileiros com algum tipo de cobertura privada, o que aponta um grande crescimento. Fala, em *slide* posterior, sobre a taxa de cobertura e a receita na contraprestação. A despeito de o ritmo de crescimento estar se acelerando, a receita de contraprestação tem caído.

O sistema público de saúde vem sendo construído de modo a distanciar o SUS real do SUS constitucional (que se propunha

universal), o que ocorre devido à segmentação entre público e privado. Essa divisão, por sua vez, aumenta a inequidade e cria uma relação defeituosa, unilateral, em que os beneficiários dos planos privados têm acesso sempre que precisarem à rede do SUS. 82% dos 53 milhões de beneficiários dos planos privados utilizam os serviços do SUS (100% se forem consideradas a vigilância sanitária, as campanhas epidemiológicas, etc.).

As políticas de planos não atendem às demandas da população, como é evidente no caso dos EUA, onde há enorme gasto *per capita*, mas 46 milhões de pessoas estão excluídas do acesso direto à saúde. Não é à toa que a reforma do sistema de saúde é uma das principais bandeiras do atual presidente norte-americano.

Na visão dos gestores, os planos aumentam a desigualdade e usam o SUS de modo complementar, e não o contrário. Não se organizam em rede porque lhes falta o interesse (como mencionado anteriormente). Não atuam na vigilância e na promoção. Ademais, a mídia transmite uma imagem positiva dos "planos de saúde", enquanto o SUS sofre com uma conotação negativa. O próprio nome é equivocado: deveria ser "plano de atenção à doença", pois a saúde complementar se foca nesse único aspecto.

Por ter vivenciado o sistema de saúde antes do SUS, consegue compreender porque tantos ainda lutam pela unificação e pela universalização do modelo. Já houve inúmeros ganhos que devem ser valorizados, como é o caso das campanhas epidemiológicas.

A luta em defesa do SUS é um dever de todos e há segmentos que devem voltar a se engajar nesse processo. Conclui dizendo que, se nos anos 1970 clamava-se por liberdade democrática, agora se deve lutar pela democratização do Estado.

Ligia Bahia (ABRASCO/UFRJ)

Inicia sua exposição cumprimentando a todos e agradecendo ao CEBES pela escolha do tema, o qual considera ser desafiante e estimulante para a pesquisa. Agradece a presença de pessoas importantes nesse tópico, como o Noronha (seu orientador de mestrado), o Gilson, a Bete, o Carlos Otávio e o Nelsão [*sic*].

Sua apresentação versa sobre gestão de risco, regulação das falhas de mercado e defesa da concorrência. Nesse aspecto, tem trabalhado mais do lado das instituições, analisando categorias de poder, do que do da gestão, sendo que é na gestão que é necessária maior base empírica. Não pode haver um discurso abstrato.

Inicia sua apresentação com o seguinte preâmbulo: o Brasil é governável? Do ponto de vista das instituições, há quem diga que não. Para Bolívar Lamounier, autor de muita ascendência na mídia, o

sistema brasileiro seria constituído por uma miríade de pequenos interesses. Fernando Luiz Abrucio aponta a existência de um super-presidencialismo, enquanto Mainworing argumenta que há um federalismo centrífugo. O contraponto, com o qual ela concorda, é o de O'Donnel, que discute a democracia delegativa (presidentes que decidem por cima do parlamento, por terem bases de apoio popular amplas). Há instrumentos como medidas provisórias e coalizões que permitem analisar dessa forma. Não se discute a qualidade das decisões. A sua conclusão é de que há ausência de um padrão altamente conflitivo entre legislativo e executivo; ambos se articular, e, portanto, há governabilidade.

No que tange à gestão, os que acreditam que o país não é governável argumentam que há concentração de poder decisório, que há insularidade burocrática e que é fraca a coordenação. Ademais, o poder executivo tem um poder *quasi*-legislativo. Ela não concorda com essa visão, comum a autores como Faoro.

O contraponto está presente no argumento de Santos e Diniz, de que há iniciativa negocial do executivo com o legislativo. Como exemplo, há ferramentas como as medidas provisórias, as negociações entre os poderes, o veto dos partidos, o veto da Câmara e o veto do Senado. Não há, nesse sentido, paralisa decisória. O poder decisório é que está disperso em instituições com múltiplos atores dotados de capacidade potencial de veto.

Existe uma relação entre o sistema político e o padrão da burocracia brasileira. O Presidente da República tem a prerrogativa de nomear um grande número de pessoas; é o chamado "capital nomeativo", que lhe confere capacidade de levar a frente seus projetos. Isso caracteriza o nosso sistema político, o que não significa que não haja espaço para decisões, de políticas, de projetos. É uma matriz estrutural que não congela a capacidade de o país concretizar seus projetos. O fato de muitos parlamentares fazerem carreira no executivo é prova da relação ambígua existente entre ambos.

Passa a tratar dos riscos envolvidos na gestão de risco. A gestão de risco tem inspiração no utilitarismo econômico. É a ideia de que, à medida que se consome um produto, diminui a vontade de se comprar novas unidades. Ela exemplifica com o brigadeiro: quanto mais uma pessoa come, menos ela quer continuar comendo (segundo a teoria). Analogamente, contrata-se um seguro de automóvel porque se considera melhor do que perdê-lo em caso de roubo. Menciona Amartya Sen, que é anti-utilitarista. Assim, as estruturas securitárias (privadas e públicas) atuais estão abaladas, pois têm como base uma teoria que, por muitos autores, já é vista como ultrapassada.

O seguro existe para corrigir falhas de mercados, e há duas principais. A primeira é a *moral hazard* (o usuário, por ter seguro,

passa a ter comportamentos inseguros, ou seja, acaba indo ao médico mais do que o necessário). A segunda é a seleção adversa (pessoas que já têm problemas e adquirem seguros). Ambas as falhas justificariam a necessidade de regulação do setor por parte do Estado. São elas que legitimam a existência do modelo de agências reguladoras, como a ANS.

Menciona o debate teórico sobre o conceito de risco.

Diz que é muito mais simples pensar em seguros para coisas específicas; em seguida vem o seguro de vida, depois a previdência. O mais difícil de conceber é o seguro de saúde. As empresas do setor, na verdade, não cobrem riscos de saúde. Elas oferecem no mercado mecanismos de indenização contra perdas patrimoniais causadas por problemas de saúde. Como não há ressarcimento, ocorre uma mera permissão de acesso a determinados serviços da área e constitui um sistema eminentemente médico. Assim, o risco coberto não tem a ver com saúde e prevenção.

Há três tipos de risco, mas ela vai mencionar apenas dois. Um é o risco por experiência (uma pessoa mais velha, por exemplo). Outro é o risco comunitário, que é o risco do seguro social, discutido pelo presidente norte-americano Barack Obama. São riscos homogêneos aos quais todos estão submetidos; não importam diferenças individuais.

Menciona Marshall e seu conceito de cidadania, mas não se prolonga devido ao tempo.

Em um Estado de bem-estar social, o risco é socializado; tem-se o seguro social (Rosanvalon). A cidadania é submetida ao seguro. Não há mercado em tal relação. A seguridade social surge no final do século XIX e início do XX como tentativa dos liberais de se "eliminar" o espectro do socialismo.

No Brasil, não há falhas de mercado de seleção adversa. Processa-se uma seleção favorável: quem tem plano privado tem melhor saúde. Nesse caso, não há necessidade de se regular uma falha que não existe.

Com relação ao *moral hazard*, menciona o valor dos planos e afirma que em sua pesquisa percebeu que a média é barata, em torno de R\$ 80,00. Os planos surgiram, no Brasil, não para a classe média, mas para o "peão". É, portanto, amplamente acessível. Esses preços têm aumentado, assim como o número de conveniados. Gostaria de ter encontrado dados que afirmassem que os preços médios estivessem baixando, mas viu que ocorre o contrário.

Existe uma oligopolização do setor por meio de algumas poucas grandes empresas. Oligopólio é falha de mercado e não deveria ser permitido pela ANS. Dá o exemplo da fusão da Medial com a Amil, a despeito da boa situação financeira da Medial. A ANS deveria prover

informações a respeito das empresas. Ambas têm capital aberto e lucraram com a valorização de suas ações após o anúncio.

O desafio para a gestão de risco é, segundo a ANAP, aumentar a quantidade de beneficiários. O desafio não é o sistema universal. Outra frase do mesmo *slide*, do diretor da ANS, diz que o SUS faliu, e por isso que a agência foi criada (não devido a falhas de mercado). Se essas pessoas continuarem tendo o poder de decisão, será difícil defender um sistema universalizado.

Passa às considerações finais. As regras devem ser mudadas para que as instituições funcionem apropriadamente. Nesse sentido, a ideia de igualdade, sobre a qual Amartya Sen argumenta, é fundamental para o SUS. É necessário articular política social com assistência social, saúde e seguridade social. A última frase é: a diferenciação entre diferentes sistemas que ocorre atualmente tem graves consequências em termos de inequidade.

Debate

A coordenadora Ana Costa agradece a participação dos expositores da mesa e agradece também em nome do CEBES a equipe do que atou de forma brilhante e dedicada na secretaria: Mariana, Suelem e Alan, sem o trabalho e dedicação dessa equipe esse seminário não teria acontecido.

José Ricardo (médico da iniciativa privada)

Faz duas colocações, a primeira é uma provocação, a respeito dos valores repassados pelos planos de saúde. São considerados tão baixos, que está difícil hoje mais fazer uma consulta e um atendimento de qualidade com o valor repassado pelos planos de saúde. José Ricardo relata que já levou vários prejuízos com o repasse, inclusive a OAB do D.F, que considera não ser uma boa pagadora. Esse ano de 2009 essa luta foi intensificada. Mas em 2008, ele chegou a ligar várias vezes para a NS, mas não tinha resposta. O prestador de serviço não tinha a quem recorrer e a quem reclamar, porque até um tempo atrás a NS só recebia reclamação de usuários.

A outra consideração é em relação ao estado de Amazonas. No fim do ano José Ricardo esteve em um congresso de educação médico Paraná, e teve contato com um diretor da faculdade de medicina, da universidade federal do estado de Amazonas que passou essas informações sobre a realidade do estado e da necessidade do suprimento de mão de obra. O estado e a universidade federal investem anos nesses profissionais e quando ele se formam vão para o centro sul do país fazer carreira. E a população do Amazonas,

principalmente do interior, que não tem acesso a saúde suplementar, fica bastante desassistida, pois vínculo empregatício desses médicos do interior é muito precário com as prefeituras envolvendo questões de política partidária e se o profissional não estiver por dentro dessa política, o profissional é desvinculado. Há uma falta de mão de obra. A solução seria fazer um plano de carreira estadual digno, com um salário digno e que os recém concursados fossem estimulados a se transferirem para interior e com um bom salário.

Mariângela Delgado Cavalcante

Considera que a relação público privada discutida é muito importante, relata que tem vinte e nove anos de secretaria de saúde como médica sanitária e quando começou na secretaria de saúde, tinha um sistema público de saúde, aqui em Brasília anterior ao SUS, que era regionalizado e hierarquizado. A mortalidade infantil em alguns lugares era 90/1000 nascidos vivos e baixou para 30/1000 nascidos vivos, a cobertura da vacina tríplice em 1978 era de 68% e em 1986 subiu para 100%, acha que é assim que o sistema tem que funcionar, e depois de 29 anos de serviço, todo esse sistema que ajudamos a construir esta sendo destruído por uma política privatista do governo Arruda, o sistema público de Brasília não tem subfinanciamento e o orçamento de saúde pública de Brasília, eu acho que é um dos melhores do Brasil, que é 4 bilhões, mas a política é errada, que enfatiza o termo "precarizar pra privatizar". No programa de saúde da família houve uma queda de 90% dos gastos que passou de 41 milhões, em 2005, para 2,3 milhões, em 2009. A assistência farmacêutica que foi repassada pela união, passou de 209 milhões para 109 milhões. Tinha o dinheiro mas não foi gasto. E assim acontece com todos os programas. De 2007 para 2009 se gastou 142 milhões com leito de UTI privado, isso poderia ser revertido, segundo o ministério da saúde, em 1092 leitos públicos. Em 2008 foi gasto cerca de 103 milhões com procedimentos privados. Há uma rede hierarquizada e pede ajuda de todos envolvidos no movimento da reforma sanitária para que a saúde de Brasília seja desprivatizada, pois aqui se tem todas as condições de se fazer um SUS que seja vitrine para o país.

Ana Costa (Coordenadora da mesa IV)

Informa que o núcleo de CEBES de Brasília já integra esse fórum em defesa do SUS do Distrito Federal.

Nelson (CEBES/Idisa)

Faz uma consideração em relação a proposta do debate de hoje de manhã, a respeito da democratização do estado. Em todos os países europeus não existe uma agência nacional de saúde e nem uma agência reguladora de planos privados. Porque só o Brasil tem? Essa é uma indagação que leva a refletir, que estado é esse? E até a diferença entre estado e governo. Porque entra governo e sai governo e fica sempre a mesma estratégia de estado e os governos são levados a cumprir essa estratégia. O último concurso público do ministério da saúde, que existe a várias décadas, foi em 1984, cada um dos ministros de saúde dos SUS, trás a sua própria equipe de técnicos e assessores, e a média é de um ano e meio por ministro de saúde durante o SUS. O MS está com um quadro técnico de quase 90% de terceirizados. Então pode-se dizer que ele perdeu a sua missão institucional. A agência nacional de saúde que começou em 2000, ou seja, com nove anos agora, já está indo para o seu terceiro concurso público, com quase 600 técnicos com nível superior concursados e dando certo, mandando muitas missões para países europeus, para o Canadá, com o potencial muito maior do que o do ministério da saúde pra gestão nacional de saúde.

Considera que nessas duas décadas de SUS, que o Noronha lembrou muito bem, mostrou uma retração do financiamento federal uniforme, no sentido inverso cresce os subsídios indiretos federais para os operadores privados. Dos 50 a 60 bilhões de reais de faturamento anual das operadoras privadas, cerca de 20% são oriundos desses subsídios federais. Com essa política de estado com sua estrutura forte, só uma outra força pode se opor, e a sociedade consciente politizada pode ser essa força capaz de ganhar essa luta. Chico Oliveira diz num artigo seu muito interessante que a elite que domina secularmente o estado nunca passaram de 2% da população e o estado atende a essa elite historicamente.

Márcio Pereira (UnB)

Inicia falando da importância desse evento. A UnB está abrindo uma agenda para formação da gestão para saúde coletiva e para o SUS na graduação. Historicamente se tem trabalhado esse campo na pós-graduação, na pesquisa e agora se está assumindo o desafio de trabalhar essa agenda da gestão para a saúde coletiva no campo da graduação.

Acha que esse debate é fundamental porque ele remete exatamente a perspectiva de qual é o perfil de competência e de que gestão estamos falando, perspectiva de estado e de sociedade e de saúde que estamos construindo. Esse é um espaço contra-hegemônico,

pois o SUS de origem é contra- hegemônico. Tivemos, a partir disso, um fortalecimento do mercado não só nacional, como na perspectiva internacional. Por outro lado é visível que tanto o modelo de bem estar hoje como o modelo neoliberal não responde mais as novas dimensões que compõem uma sociedade global, com crise mundial. Qual é a alternativa? precisa começar a olhar para as experiências do Sul que mesmo com as suas limitações ainda podem ser exemplos. O passo então seria tirar gestão de um lugar comum e colocar a gestão no debate político estratégico do SUS, e CONASS CONASEM tem uma importância fundamental. O desafio não é pequeno, mas não se podemos enfrentá-lo com as mesmas estratégias da década de 80 e sim trazer a força que se construiu para poder dar conta dos desafios. Relata a satisfação de ver a unidade do CEBES de Brasília fortalecida e se coloca a disposição para ajudar com a universidade, na construção do CEBES em um contexto de crise local bastante profunda.

Ana Costa (Coordenadora da mesa IV)

Conclui que esse é um seminário que fecha um ciclo de seminários que se discutiu o tema estratégico da reforma sanitária.

Oswaldo Coelho (Rio de Janeiro)

Agradece as explicações dos palestrantes, afirmando que foi enriquecedora. Saiu recentemente da FioCruz. Fala de gestores que ocupam lugares de decisões por indicações políticas, isso vai mudar o que? Vai se aprender o que? Se o modelo político é por indicação. Que sistema é esse? Só mostra a decadência do sistema. Ve-se muitas teorias e buscas que encaram uma alta complexidade. A cartilha do ministério que ensina a fazer PPI e também a fazer os planos de saúde, que estão vigorando. Os municípios melhoraram em alguns aspectos, como imunização. Mas será que o processo de descentralização foi cruel para os municípios? Será que se capacitou antes de descentralizar? É nisso que se precisa pensar, pois é um sistema covarde, porque o estado já vinha aprendendo a cartilha e o ministério também. Mas o ministério planejou tudo, se tem esses manuais na mão e hoje a descentralização joga nas costas dos municípios as responsabilidades de executar. Ué, quem quer hoje se sentar na cadeira de secretário de saúde? E eu faço uma pergunta a mesa. Muitos querem ficar atrás, determinar, fazer seus mestrados e cursos, mas ninguém quer gestão. Hoje as cadeiras de secretários de saúde são uma bomba relógio e ninguém quer assumir, ninguém quer ser executor de ação. O que o CONASS faz para que os secretários da saúde que ficam nas cadeiras, se expondo? Se

expondo ao judiciário, ao prefeito? Vamos mudar a concepção, a idéia e fortalecer a política. O movimento é bonito, mas temos que partir para o ataque. Pois o ideal hoje é "preferir ser amigo do rei e não o rei". Nós estamos brincando de fazer política pública. O que o CONASS e o CONASSEM fazem para defender o secretário?

Ana Costa (Coordenadora da mesa IV)

O CEBES se sente muito honrado pela presença da secretária estadual de saúde do Pará, Dr. Daniela.

Pedro Siveira Carneiro (CEBES/Ribeirão Preto)

Considera que o médico tem o papel de ator central nessa relação público privada, porque ele é o grande determinante do consumo, o médico se identifica com a medicina liberal, clássica que praticamente não existe mais. Mas muitos tentam se convencer que ainda existe essa medicina liberal e clássica ou que ela é "resgatável", o que não é verdade. O médico está claramente precarizado e proletarizado, mas ele é incapaz de se identificar como proletário. Existe uma demanda mais jovem de médicos e se vê que com eles não existe mais o resgate da medicina liberal, eles só querem um emprego bom, que passe uma estabilidade, ou seja, são discursos novos. A maioria dos médicos não são pró SUS e eles estão divididos em duas classes, os que são donos e que operam fortemente esta privatização da saúde e os médicos que são proletários. É preciso melhorar essas relações porque a medicina é estratégica para a saúde.

Liu (CEBES/PE)

Quando se discute um sistema de saúde universal e integral, precisa falar também sobre outras assistências. A fisioterapia, por exemplo, que é uma assistência que muitos necessitam e que ao mesmo tempo é muito escasso dentro do sistema único de saúde. No sistema privado, ela é pouco regulada e controlada. O paciente que necessitar da assistência dessa categoria ou vai conseguir com planos de saúde, ou com o pagamento direto, ou vai ter muita dificuldade para conseguir uma intervenção qualificada no tempo necessário. A discussão precisa ser maior do que apenas da prática médica, que é fundamental e importante, mas é preciso também discutir o acesso integral e universal.

Comentários dos expositores

José de Carvalho Noronha (Fundação Oswaldo Cruz)

Agradece mais uma vez o convite feito pelo CEBES e afirma ter aprendido muito com o seminário.

Explica que o setor privado quando vai em busca de recursos no mercado, clama sua excelência, ou seja diz que é o melhor, e os advogados e o setor público reclamam sua falência. Então se conclui que é difícil conseguir adesão, onde um lado pensa de um jeito e o outro de outro, isso é um dilema que do ponto de vista da mobilização política se chamaria reflexão.

Comenta sobre a NS, que segundo Menecucci, uma pesquisadora, a NS foi criada em seu trabalho de uma maneira diferente das outras agências reguladoras. Não foi criada para regulação setorial e sim para a consolidação de um segmento de atividade econômica que é o mercado de planos de saúde. E hoje se ouvindo a Ligia falar, enquanto se trabalha com exercício de rede de cidadania, o conceito da NS é o direito do conceito do consumidor, e não da cidadania. A agência é uma ferramenta importante para a consolidação deste segmento operacional.

Refere que a renda média dos profissionais em atividade do setor saúde é o dobro da renda média do trabalhador brasileiro.

Uma questão de má interpretação da Beth, quando José Noronha fez sua explanação, foi corrigida que se dizia respeito da apropriação da riqueza nacional, pois se gasta 8,4% da riqueza nacional com assistência a saúde, então a questão "aumentar o setor público" significa aumentar essa apropriação da riqueza para ações e serviços de saúde, e esse é o dilema que temos que enfrentar.

Comenta a pergunta da Liu (CEBES de Pernambuco), explica que concorda com as colocações dela, mas esse tema abriria um nova vereda para o modelo de organização da assistência.

Carlos Octávio Ocké Reis (IPEA/ANS)

Fala da questão da renúncia fiscal: Carlos tem um trabalho publicado, cuja a pergunta é "mercado de planos de saúde no Brasil. Uma criação do estado?", ou seja, se defende que o mercado de plano de saúde foi constituído e patrocinado pelo estado, sobre tudo a partir de 68. É preciso compreender que apesar da sua concentração e de estar vinculada ao capital financeiro, existe uma relação estrutural e estruturante entre o padrão de financiamento público via renúncia fiscal e a dinâmica de acumulação desse mercado, então esta correto a política de desprivatizar o SUS, ou reduzir os gastos tributários.

Diz que é necessário compreender melhor, como esse mercado funciona e como ele é dependente do estado e uma vez compreendido isso significa ter mais força do que parece, para regulá-lo. A questão é, qual a possibilidade política e qual a velocidade que se tem para se permitir que de um lado pare e estanque essa relação parasitária que o mercado tem com o SUS e simultaneamente traga nossa base social de apoio para o projeto de proteção social público.

Nilo Brêtas (CONASEMS)

Considera muita pretensão falar em nome de 5564 pessoas, que é o que o CONASSEMS faz e para isso precisa ter síntese das coisas.

Elogia a colocação de Nelsão sobre o estado, que é fundamental. E fala que a pesquisa do IBGE, que saiu na segunda feira, que diz que a saúde é problema, mas não é prioridade da população, as três prioridades colocadas são: combate a corrupção, educação e segurança. E considera isso como um problema.

Afirma que o CONASSEM tem como tese que a nossa descentralização foi incompleta, se desconcentra mais do que se descentraliza poder financeiro e político. E tem também, uma publicação sobre rede de atenção e diz que qualquer outro sistema universal, o número de profissionais médicos na atenção primária é absurdamente maior do que o nosso, por exemplo, na Inglaterra é cinco vezes maior. Tem em foco uma questão preocupante, e não são as políticas pontuais que se tem hoje, ou em discussão ou efetivas que vão mudar, poi a questão é mais estruturante.

O CONASSEM representa 5564 secretário e que tem muito orgulho de serem secretários, estão lá, com algumas dificuldades, mas trabalhando.

Finaliza considerando que há grande desafios a se vencer e enfrentar e agradece o convite.

Wilson Alecrim (CONASS)

Enfatiza a importância da luta pelo fortalecimento do Estado e das instituições, lembrando que em quatro anos, houve quatro ministros da saúde e que tudo se altera a cada mudança de ministro – chefe de secretarias, de gabinete, etc. Anteriormente era ainda pior, pois não se sabia quando mudava – agora ao menos nos cargos efetivos tem-se como saber quando mudar.

A questão de médicos no Amazonas não é questão específica, tratando-se da dificuldade de locação de médicos, agravado pelo fato de que a faculdade de medicina da região não consegue suprir as necessidades, causando disparidade entre oferta e demanda. Da

totalidade de médicos no estado, apenas 400 estão fora da capital, e 4000 em Manaus.

Os COSENES e secretários de saúde que se envolvem nisso podem ajudar a suprir dificuldades, trabalhando com secretários e prefeitos. Na última eleição para prefeito, elaborou-se o kit SUS, contendo toda a legislação do SUS, o plano estadual de saúde, e os critérios e o perfil para secretário municipal de saúde. Após a eleição, o governador chamou todos os prefeitos eleitos e lhes foi introduzido o kit SUS. Isto foi feito porque é comum um prefeito nomear alguém à secretaria sem levar em conta o perfil necessário.

Tais iniciativas têm contribuído muito. Há um grande movimento nacional hoje, de que o CONASEMS faz parte, buscando o fortalecimento das CIBes. Foi organizado um grande seminário de dois dias sobre papel da CIB e da CIB regional, promovendo-a não apenas homologadora de decisões.

Junto com isso, busca-se fortalecer o sistema existente. Há ajuda do ministério na reestruturação dos conselhos municipais. Todos os conselhos têm comunicação, que é a melhor forma para democratizar aquilo que foi decidido.

Em relação à integralidade, há uma questão de formação, diferente de atenção multidisciplinar: os alunos não discutem o papel de diferentes áreas. Pergunta-se como querer trabalhar em equipe se os profissionais nunca foram ensinados a serem multidisciplinares. Para haver médicos que pensem dessa maneira, deve haver alteração na grade curricular. Senão, haverá apenas reproduções e ciclos.

Beth Barros (IPEA)

Releva que temas importantes foram pincelados. Comenta sobre a redefinição de fronteiras entre público e privado, classificando a história dessa relação como uma história de interpenetração – o privado invade o público e se apropria de uma série de recursos públicos, e a elite é muito bem treinada a agir assim.

Propõe que se deve “contra-hegemonicamente” aprender a lidar com esse tipo de disputa. Deve haver estratégia de reconstrução da legitimidade do SUS no imaginário coletivo brasileiro e criar uma correlação de forças para negociar internamente no congresso a ideia de sistema universal integral de solidariedade, a ideia generosa de seguridade social

Durante a constituinte, ninguém acreditava que seria realmente possível concretizar as propostas apresentadas que foram, assim, facilitadas por serem vistas como utopia. Este fator facilitador não mais existe – as propostas são ameaças a setores de benesses estatais. Tal cenário cria novos desafios, e necessidade de novas estratégias.

Pergunta-se que estratégias seriam capazes de sensibilizar a sociedade brasileira, sobretudo a elite brasileira, da relevância do sistema de saúde. Não é algo que possa ser feito apenas com discursos e publicações, há de haver demonstrações da potencialidade do SUS. É preciso buscar algumas estratégias que construam visibilidade do bem do SUS. Diz haver testemunhado pessoas que foram levadas a utilizar serviços do SUS e foram surpresas ao ver que tratamento é de qualidade.

No âmbito da gestão, deve-se fortalecer a luta por mais recursos que permitam que a regionalização que se pensava para assegurar a adequação integral e a equidade tenha lugar e fortaleça a rede pública, porque a rede privada não vai se deslocar para onde o SUS precisa.

Pensa que se devem concentrar energias em desenhar essas estratégias para construir o discurso de defesa e a demonstração para dar visibilidade da qualidade do SUS.

Ligia Bahia (ABRASCO/UFRJ)

Diz que se está diante um momento importante como burocracia sanitária, e deve-se decidir se o desejável é uma burocracia sanitária mutável ou estável. Para ela, é interessante que seja mutável.

Em sua intervenção tentou mostrar o padrão de Estado existente no Brasil. O estudo de padrões administrativos pode revelar-se importante, e sugere um estudo do padrão administrativo do CONASS e do CONAEMPS. Releva o momento oportuno que deve ser aproveitado.

Respondendo à pergunta do Pedro, diz que os médicos brasileiros apoiaram os sistemas públicos somente quando havia perspectiva que fossem assalariados. Atualmente 26% dos médicos brasileiros são empresários, completamente implicados no sistema privado. A pessoa mais importante no sistema de saúde brasileiro é o Drauzio Varela, em segundo lugar é Roberto Khalil, depois Eike Batista, que é antes de tudo investe no setor privado. Isto mostra um deslocamento político importante. Este espaço já foi de Arouca, revelando que a mídia já foi a favor do SUS, o que foi perdido com o subfinanciamento.

Médicos brasileiros ganham vinte vezes mais que a média da população, não há proletarização. O preço do plano é acessível a diversas classes, não somente a classe média, mas classes mais baixas também. O Brasil é o segundo maior mercado de seguro de saúde do mundo. Neste contexto, cortar subsídio não faz sentido. Há uma verdadeira coalizão política a favor da financeirização do sistema de saúde.

Atualmente, um elemento favorável é Obama, e a crise do sistema americano deve ser aproveitada. Segundo elemento favorável é a eleição, pois haverá propaganda eleitoral sobre a saúde, Serra vai falar sobre as OS, Rio sobre UPAS. Todas são "marcas" desfavoráveis à concepção ampliada de saúde

O que fazer em relação a isso? Nada. NS pode ser um lugar interessante como outro qualquer, ainda que tenha problema de desenho. O PT pediu opinião a especialistas que disseram que era necessário mudar o desenho da NS, mas acabaram por não obedecer, porque se propôs reduzir o número de cargos – deveria ser algo pequeno, vinculado ao ministério da Saúde.

A maldição da NS é política – como a nomeação de dois diretores, agora três, com vinculação íntima com mercado. Há reconhecidamente um problema de captura das agências, mas no caso da NS as forças do mercado se apoderaram. E com consentimento, pois isso foi negociado por pessoal da saúde. É momento de apresentar diretrizes mais claras.

Não concorda com Roberto – sistema não é dual, é imbricado, não existe um público e um privado, existe um público e privado, uma ambiguidade pública e privada. Não há vilões e heróis.

Encerra dizendo que o seminário foi ultraproveitoso, sai-se com elementos importantes para pensar.