

MESA REDONDA

O público e o privado na gestão da saúde

Adolfo Horacio Chorny - Moderador

Docente e pesquisador em gestão de sistemas e serviços de saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

ABERTURA

Vamos dar início à nossa discussão desta tarde sobre o público e o privado, mas vou pedir permissão de vocês e dos colegas da mesa para falar uma coisa que não consegui falar anteriormente. Escutei atentamente todas as intervenções das mesas anteriores hoje de manhã, hoje à tarde e eu, que não tenho dúvidas, agora estou imerso na dúvida total.

Em primeiro lugar, Amélia Cohn fundamentou de modo excelente a inexistência do sistema de saúde, mas espero agora que se esclareça de que sistema nós estamos falando. Um sistema caracteriza-se por elementos articulados e, se eu digo que está fragmentado, não é um sistema, pois cada fragmento será por sua vez um sistema independente ou não dependente dos demais.

Em segundo lugar, escuto muito falar da sociedade. Eu não sei o que é a sociedade. Não sei se a sociedade é anônima, a sociedade de atores. Quanto à sociedade brasileira, eu não me sinto como parte dela. Lamento. Gostaria de ser, mas não sou.

Eu não consigo ver uma sociedade em que existem classes. As classes têm interesses diferentes e muitas vezes contraditórios, opostos. Atores, por sua vez, são diferentes. Eu não entendo um sistema em que eu posso falar de um subsetor público que, por sua vez, se fraciona em municipal, estadual, nacional e das filantrópicas. O que são as filantrópicas? De que sistema formam parte? Privado, privado com finalidade lucrativa, privado sem finalidade lucrativa... Isso é uma confusão total que eu compreendia antigamente, mas agora não consigo mais. E espero que os participantes resolvam minhas dúvidas.

O público e o privado na gestão da saúde

Ana Luiza D'Ávila Viana

Professora doutora no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)

APRESENTAREI O TRABALHO “Segmentos Institucionais de Gestão em Saúde – descrição, tendências e cenários prospectivos¹”, publicado em fevereiro de 2015, feito por mim e pelos professores Alcides Miranda, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e Hudson Pacífico, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

O trabalho tem uma parte de revisão bibliográfica sobre o tema dos segmentos institucionais de saúde e uma pesquisa empírica com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em dois meses – dezembro de 2005 e dezembro de 2013.

A partir disso, fizemos uma reflexão para o futuro, uma análise prospectiva em que é possível identificar esse pluralismo integrado que é como se caracteriza o sistema de saúde brasileiro sobre a égide do direito público. Conseguimos desenhar três cenários prospectivos com base nos dados de tendência do CNES e, na primeira parte do estudo, que foi uma tentativa de escolher algumas variáveis que podem explicar essa intensa fragmentação, esse pluralismo não integrado sobre a égide não do setor público, que é o que caracteriza o sistema brasileiro.

A partir da década de 80, há três fenômenos interligados que temos dificuldade de olhar de forma integrada. O primeiro é o processo de descentralização da formulação, gestão e implantação da política de saúde. O processo acelerado de descentralização ocorrido no Brasil não teve, como em outros países, principalmente nos europeus, a contraface da regionalização. Isso realmente coloca, para a questão da integração, um problema muito complexo, se lembrarmos que $\frac{3}{4}$ dos municípios brasileiros têm menos de 25 mil habitantes.

O segundo fenômeno é o da centralidade das ideias gerencialistas para a governança dos sistemas de saúde. Esse é um dos aspectos mais analisados, pois tem que ver com as ideias da nova administração pública. Para a saúde, ele é introduzido com ênfase só na questão dos custos, na eficiência financeira do sistema. O que trouxe a perda muito grande de um

elemento que para a saúde é central: pensar no planejamento e na territorialização a partir das necessidades sociais de saúde, que é um termo bastante esquecido no sistema de saúde brasileiro. O terceiro fenômeno é da ampliação dos diversos tipos de empresariamento da gestão e da oferta de serviços.

Poucas análises integram esses três fenômenos. Temos as análises isoladas para a questão da descentralização, temos algumas análises, inclusive fora do campo da saúde, para a centralidade das ideias gerencialistas e temos estudos mais recentes sobre a questão do empresariamento da oferta dos serviços de saúde. Não só da oferta, mas também da gestão, que é o fenômeno atual.

Razões da fragmentação

Que exercício poderíamos fazer para buscar as explicações para essas três conjunções? Levantamos primeiro aquilo que chamamos de *path dependence*, ou seja, a herança da relação público-privado na oferta de serviços de saúde e sua evolução recente. Segundo, os aspectos referentes à governança constitutiva e diretiva dos sistemas de saúde, que depende do incentivo à conformação de novos arranjos: qual o alcance dessa regulação e qual a pertinência dos instrumentos regulatórios. Em terceiro lugar, algumas conjunturas específicas são usadas para explicar o empresariamento e a questão do subfinanciamento, tanto para investimento quanto para custeio nos sistemas locais e regionais.

É necessário fazer essa análise por região brasileira. Por que por região? Porque essas três variáveis que podem fornecer pistas para explicar essa fragmentação muito intensa são diferentes segundo a região. Tomando as cinco macrorregiões brasilei-

1. Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos/Ana Luiza d'Ávila Viana, Alcides Silva de Miranda, Hudson Pacifico da Silva. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 18 p.

ras, Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul, o aspecto da herança da relação público-privado diferencia-se enormemente. Até hoje há uma predominância no Norte e Nordeste de equipamentos públicos. No Sudeste há um misto e no Sul a predominância é de equipamentos privados. Se essa variável de *path dependence* fosse muito forte, o fenômeno do empresariamento estaria muito mais presente no Sudeste e no Sul do que no Norte e no Nordeste. Em função dos dados do CNES, observando a evolução 2005/2013, verifica-se que o crescimento dos segmentos privados, tanto para gestão quanto na oferta, ocorreu inclusive nessas regiões, principalmente no Nordeste, recentemente em cinco Estados.

Olhando para a questão do financiamento, que sempre foi uma explicação forte para o fenômeno do empresariamento, verifica-se que o investimento é baixo. Esta é, de certa forma, uma variável explicativa forte, porque o investimento público é muito baixo. No entanto, tomando o financiamento para custeio, os cinco grandes Estados apresentam diferentes combinações: participação alta em Estados no Norte e no Sudeste e baixa no Nordeste e no Sul. Também se percebem variações na participação dos municípios. Assim, a variável financiamento de custeio tampouco é determinante para explicar o empresariamento.

Governança em três tipos

A governança constitutiva é a capacidade de criar normas, decretos e legislação que apoiem a criação de entidades, principalmente de direito privado; a governança diretiva é a capacidade de comandar, de certa forma, o processo decisório na implementação das novas instituições privadas; e a governança operacional são todas as criações de instrumentos regulatórios para assegurar que essas novas instituições prestem o serviço para o qual foram criadas.

Entre esses três tipos, verifica-se também uma variabilidade muito grande com destaque somente para a governança constitutiva, que é forte no Sudeste e no Sul, no sentido de criar entidades, como as Organizações Sociais da Saúde (OSS).

Nesse exercício preliminar, de pesquisar as razões a partir dessas variáveis, tornou-se necessário buscar novas variáveis, porque estas são fracas para explicar conjuntamente como a descentralização, o predomínio das ideias gerencialistas e o empresariamento da oferta e gestão transformam o sistema que deveria ser plural, conforme a Constituição Plural, mas integrado sob a égide do setor público, o que não aconteceu.

Por isso, cabe buscar as razões tanto criando hipóteses analíticas, quanto buscando apoio de dados empíricos.

Analisando o CNES pelos segmentos institucionais de gestão em saúde no Brasil, eles estão divididos em estatal; administração direta; estatal administração direta outros órgãos; estatal administração indireta de direito público e de direito privado; público não estatal (as OSS); privados sem fins lucrativos (todas as entidades beneficentes sem fins lucrativos); empresas privadas com fins lucrativos e sociedades de economia mista.

A evolução desses segmentos no período mostra um crescimento muito maior no incremento total de quase 180% na esfera privada versus um crescimento de 42,3% na esfera pública. Separando a esfera pública, administração direta e indireta, também se observa um crescimento muito maior na administração indireta versus a direta (de 88,1% para 41,5%). Agregar todas aquelas que são de direito público versus as de direito privado mostra também um crescimento maior no segmento de direito privado: 180% versus 40% no direito público.

Qual o quadro evolutivo nesse período? A estatal direta de direito público teve uma expansão de 41,4%; a de direito público de outros órgãos – e aí consideramos principalmente de hospitais ligados ao Ministério da Educação –, 52%; a indireta de direito público, fundações, autarquias, 48,4%; a estatal indireta de direito privado, empresas, 301%; a não estatal de direito privado que são as OSS, 240%; sem fins lucrativos, 75%; e o privado com fins lucrativos, 188,4%. Ou seja, comparando esfera pública com esfera privada, verifica-se crescimento muito mais proporcional na esfera privada; comparando direito público com direito privado, o crescimento é muito maior das instituições de direito privado e, dentre elas, crescimento expressivo da administração indireta de direito privado e do público não estatal (as OSS).

O crescimento total foi relativamente baixo no período, de 10,6%, mas destacam-se alguns segmentos com crescimento muito acima dessa média. O CNES permite saber quem cresceu mais (as organizações privadas de direito privado e, entre as organizações públicas, as indiretas de direito público e privado).

Ligação com o SUS

Quais os vínculos de complementariedade que esses segmentos têm com o Sistema Único de Saúde (SUS)? Os serviços de saúde gerenciados por eles são hospitais, assistência ambulatorial, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. É importante caracterizar

o tipo de assistência que esses segmentos realizam, ou seja, com que nível de complexidade assistencial. E, para os recursos humanos, cabe considerar os vínculos empregatícios dos profissionais que predominaram em cada um desses segmentos.

Qual é a vocação da esfera pública estatal? Essa que cresceu pouco. Aumentou em termos de ambulatório de atenção básica, unidade de vigilância e saúde, Centro de Atenção Psicossocial (Caps), laboratórios públicos, hospitais gerais, centros de saúde, unidades móveis, pré-hospitalares e centros de especialidades médicas. Já as atividades da esfera privada complementar ao SUS são serviços de atenção hospitalar geral e especializado.

Quanto à esfera privada suplementar, de direito privado, há consultórios isolados, policlínicas e centros de especialidades. Isso chama muito a atenção por ser uma tendência nova de crescimento desse tipo de equipamento disponível para os planos de saúde; ele não é complementar. A esfera privada complementar ao SUS é aquela em que se dá o princípio da integralidade, os serviços de atenção hospitalar geral e especializados.

A partir daí surge a questão da necessidade de integração sistêmica. Falar em integração leva a considerar integração mais básica do que a que ocorre entre ambulatório e hospital. A complexidade aumenta porque se trata de integrar segmentos institucionais diversos com tendências diversas e evoluções muito diferenciadas. Economistas levantariam a hipótese de que deve ter ocorrido um financiamento, um subsídio para que isso acontecesse, o que coloca um desafio muito grande para novas pesquisas: o que alavancou esse crescimento tão diferenciado dentre os segmentos nesses oito anos, 2005/2013, no Brasil.

Quadros de redução e aumento

Por exemplo, ocorre redução proporcional dos estabelecimentos públicos, principalmente os da administração direta. Aparece um aumento da proporção dos estabelecimentos do setor privado, com destaque para aqueles com fins lucrativos, incluindo pessoa física (consultórios particulares). Proporcionalmente, ocorre uma redução no número de estabelecimentos com vínculos de complementaridade com o SUS, em todos os segmentos, especialmente os privados com fins lucrativos e os privados mistos.

A maioria dos leitos hospitalares da esfera pública estatal e não estatal do setor privado sem fins lucrativos está disponível para o SUS, mas houve re-

dução entre os órgãos de administração direta, os públicos não estatais e os privados filantrópicos. Há também grande redução dos leitos disponíveis do SUS do estabelecimento do setor privado lucrativo.

Por níveis de complexidade: atenção básica mais presente no setor público estatal; média complexidade predominante em todos os segmentos, com destaque para o setor privado com finalidade lucrativa e privado misto; e alta complexidade como uma porção importante dos estabelecimentos do setor privado filantrópico e com finalidade lucrativa, que tiveram redução. Nesse período está ocorrendo uma substituição na alta complexidade de antigos prestadores do segmento sem fins lucrativos e beneficentes por outros com e sem fins lucrativos.

Nos anos 90, na saúde, ocorreu uma dobradinha infalível, entre municipalização e Santas Casas, dois parceiros de sustentação do sistema. Hoje há o problema das Santas Casas em grande crise financeira e os municípios com incapacidade de fazer integração (mesmo porque não é o município de pequeno porte que vai poder fazer isso). Assim, é necessário buscar uma nova parceria da esfera administrativa e de segmento institucional que possa dar conta dos desafios modernos do sistema de saúde.

Oferta nos Estados

Ocorre concentração dos serviços públicos estatais nos estados da região Norte e Nordeste; a oferta privada está mais concentrada no Sul, Sudeste e Centro-oeste; e os serviços públicos não estatais, as OSS, apresentam taxas mais elevadas em todas as regiões do país. Destacamos aqui Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Santa Catarina, Mato Grosso, Bahia e Roraima, ou seja, em todas as cinco macrorregiões brasileiras. Isto remete-nos a olhar de novo o *path dependence* e ver como ele explica (ou não) o cenário atual.

Olhando para recursos humanos, há uma diferença muito grande: no público estatal, os vínculos são mais fortes; no não estatal, são frágeis (os temporários representam 50% e os profissionais autônomos 30%). No lucrativo e no privado misto, ocorre a mesma coisa: vínculos frágeis, prestação de serviços terceirizados.

Quanto aos três cenários, eles podem ser desenhados usando todas essas variáveis: arquitetura segmentada, modelagem sistêmica, preponderância administrativa e jurídica, vinculações, financiamento, vinculações empregatícias, competência, tipo preponderante de governança sistêmica, fatores diferenciais.

Cenários

- 1) O pluralismo empresariado, chamado tendência inercial – ou a nova mediocridade e o novo normal –, ou seja, continuar assumindo determinadas políticas inerciais. A capacidade dessas políticas para fazer mudanças é mínima; elas mantêm e conservam o status quo e acirram aqueles problemas já identificados. É o agenciamento contratual com regulação produtiva, o empresariamento, a continuidade do empresariamento, o pluralismo empresariado com preponderância de segmentos híbridos de quase mercado; o segmento privado com fins lucrativos complementares e suplementares ao SUS, uma universalidade básica com serviços fragmentados, redes temáticas, específicas, governança só operativas, regulação contratual e agenciada. O que romperia com a nova mediocridade, com o novo normal, seria o cenário dois.
- 2) o pluralismo integrado, no qual há preponderância de institucionalidade estatal, égide do direito público. Universalidade integral, redes regionais, governança constitutiva e direcional, coordenação federativa, regulação, forte controle social. Este cenário está longe do horizonte.

- 3) o pluralismo mercantil tem preponderância de institucionalidade privada com fins lucrativos, seletiva e suplementar ao SUS, serviços fragmentados, desintegrados sob governança mercantil e regulação agenciada.

O termo pluralismo é a característica do nosso sistema de saúde, um sistema plural. É possível ver as tendências em cada um desses cenários segundo a arquitetura suplementar, o modelo de atenção, a preponderância administrativa, a relação com o sistema único de saúde, financiamento público, capacidade regulatória e vínculos empregatícios, tipo de governança e os fatores diferenciais em âmbito setorial.

O grande desafio é saber quais forças políticas, coalizões, são a base de sustentação de cada um desses cenários e quais os atores principais que estão se movimentando em cada um deles.

Certamente a plateia presente e todo o seminário estão no cenário dois. Trata-se de uma força política do cenário dois, suficiente, etc. Quanto ao cenário 3, ele pode não estar tão distante. Há movimentos que apontam fortemente para ele. A tendência inercial tem cada vez menos apoio político, para o inercial, para a nova mediocridade. Cabe descobrir que forças políticas podemos movimentar em defesa do cenário dois.

O público e o privado na gestão da saúde

Fernando Luiz Abrucio

Coordenador do Mestrado e Doutorado em Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getulio Vargas de São Paulo

MINHA IDÉIA É FAZER uma análise mais geral sobre a relação entre o público e o privado no Estado brasileiro, buscando entender esse fenômeno no campo das políticas públicas. Para tanto, é preciso ver o que era o modelo anterior à Constituição de 1988 e o que ocorreu depois. As principais transformações e onde estamos hoje. Antes de mais nada, vale ressaltar que estamos em um momento em que houve muitos avanços históricos na agenda das políticas públicas no Brasil. Só que a situação atual também mostra que é preciso ir além do que foi feito até agora e há dificuldade de dar um salto novo para novas questões ou para reorganizar a própria agenda.

Essa observação mais geral permite lembrar a todos que o conceito de público no Brasil, parafraseando Sergio Buarque de Holanda, em Raízes do Brasil, a democracia no Brasil sempre foi um mal-

entendido. O conceito de público também sempre foi um mal-entendido. Um grande político do Império, pai de Joaquim Nabuco, Nabuco de Araújo, que era juiz, dizia que o problema do Brasil é saber onde

acaba a porteira da fazenda. Onde começa é claro, onde acaba é difícil definir.

O problema do público é histórico no país. Há uma dificuldade enorme de construir o público. Grandes clássicos do pensamento social brasileiro já mostraram que esta era uma questão constitutiva da formação do país: a relação entre o público e o privado. Poderiam ser citados, se fosse pela ordem histórica, Joaquim Nabuco, Oliveira Viana, Sergio Buarque de Holanda, Raymundo Faoro, Roberto da Mata, entre outros.

Varguismo

É bom lembrar que, de fato, a noção de público colada a políticas públicas só vai começar a fazer sentido a partir da década de 1930, com o Varguismo. Antes disso qualquer ideia de um conjunto de políticas públicas, de um Estado articulado para produzir políticas públicas no Brasil, era algo muito distante da realidade. Em boa medida, embora tenhamos um legado do público como um mal-entendido no sentido mais estrutural e geral, de nossa formação histórica, boa parte do público com o qual tivemos que lidar na redemocratização foi o público legado pelo Varguismo ou por uma tentativa do Varguismo de construir algum sentido público ao Estado, à ação governamental, e, em algumas medidas, às políticas públicas.

O Varguismo tentou construir o público, primeiro, de uma forma estadocêntrica (para lembrar a frase do governador mineiro de 1930, Antonio Carlos: "Façamos a revolução antes que o povo a faça"). De fato foi uma forma orientada pela cidadania regulada. Quer dizer, o Estado foi organizando uma série de definições do que seria o público e o público nas políticas públicas antes que a própria sociedade tivesse a capacidade de fazê-lo.

A organização e expansão do público foram feitas de tal forma que, no fundo, criaram-se grupos preferenciais dentro do público. Quando se fala em direitos sociais na era Vargas, a lembrança mais comum são os direitos trabalhistas, que no Brasil foram implantados de maneira escalonada. Possivelmente, as últimas a receberiam as empregadas domésti-

cas. Do ponto de vista dos direitos sociais, tomados como políticas públicas, pode-se dizer que Vargas avançou muito lentamente nas chamadas clássicas de *welfare*¹: saúde, educação e assistência.

Quando mostro para os alunos o que era o Brasil pré-1988, lembro que naquele momento cerca de um terço das crianças de 7 a 14 anos, para as quais a Constituição determinou que educação seria pública e universal, estava fora da escola. Quanto ao acesso à saúde, podemos lembrar que era o modelo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Era o modelo de um hospital privado pago pelo setor público, no qual o passaporte para a entrada era a carteira de trabalho, num país em que boa parte da mão de obra era informalizada.

Então, a forma como se construiu o público nesse longo Varguismo da década de 1930 à redemocratização foi de expansão regulada e restringida, por grupos e corporações. A ideia de universalização não era a força-motriz do nosso modelo de público, da concepção de Estado. Nesse modelo de gestão, houve forte centralização no governo federal, a partir de Vargas, o que é paradoxal, porque houve forte centralização sem grande ampliação dos serviços públicos. Portanto, a ideia de que o governo federal tinha grande impacto na vida do cidadão pela via dos serviços públicos não é verdadeira, porque na prática, não havia o serviço.

O governo federal não tinha unidades básicas de saúde federais em cada parte do país. Não tinha escolas de ensino fundamental federais em cada parte do país; não havia unidades de assistência social federais em cada parte do país. Pela lógica dos serviços públicos, mapeando o país, o que havia mais eram unidades subnacionais com serviços públicos precários.

Quanto ao modelo de gestão, tínhamos um Estado híbrido do ponto de vista da administração pública. Uma parte dele foi conformada pela tentativa de um modelo burocrático Weberiano², do mérito, da seleção, e outra parte que ainda era fortemente patrimonialista. A preocupação de criar uma burocracia profissional estava voltada, em grande medida, para a atuação econômica do desenvolvimento a partir do Estado. O grupo profissional

1. *Welfare* - Estado do Bem-estar. O termo serve basicamente para designar o Estado assistencial que garante padrões mínimos de educação, saúde, habitação, renda e seguridade social a todos os cidadãos.

2. Max Weber foi um dos mais célebres pensadores das ciências humanas, foi um construtor do saber transdisciplinar escrevendo obras que perpassam diversos campos da economia, história, educação, política e sociologia. Para Weber a burocracia é a organização eficiente por excelência e, para conseguir eficiência, este modelo explica nos mínimos detalhes como as coisas deverão ser feitas.

desse modelo varguista, os “daspianos”, não era a maioria dos funcionários públicos federais.

Público e privado

Historicamente, a relação com o setor privado foi sempre de baixa regulação. O setor privado tem participação, de um modo ou de outro, filantrópico ou não, em prestação de serviços públicos no Brasil há muito tempo. Então, no caso da saúde, há as Santas Casas; no caso das creches, antiga assistência e, na educação, as conveniadas eram peça-chave e ainda o são. Talvez seja necessário admitir que as primeiras prestações de alguma coisa que pudesse ser um serviço em áreas como educação, saúde e assistência tenham sido feitas no Brasil de forma privada.

O efeito do mercado privado vai além da prestação em si dos serviços públicos. Ele também é importante na criação do próprio universo de carreira. Pensando nos profissionais que se formam como médicos, qual seu horizonte de carreira, inclusive em termos de custo de oportunidade?

O mercado de trabalho atual é um legado histórico e não o que seria desejável. No mercado de trabalho médico brasileiro, os profissionais, independentemente dos méritos e deméritos, olham para o programa Mais Médicos³ e acham tudo muito estranho, para dizer o mínimo. A provisão privada de serviços no Brasil tem uma história antiga e sua principal característica é a grande ausência de regulação que vai gerar desde fenômenos *stricto sensu* patrimonialistas até, sobretudo, um grau de fragmentação, de um lado, e muita desigualdade, de outro. A partir de 1988 houve muitas mudanças do ponto de vista de conceito de esfera pública no Brasil, que merecem ser recuperadas para lembrar qual era o projeto e como podemos avançar, inclusive mudando coisas.

O projeto, do ponto de vista da esfera pública, era ter primeiro uma esfera pública mais sociocêntrica, o

que não é necessariamente antípoda ao paradigma estadocêntrico. Em outras palavras, propugnava-se uma esfera pública em que houvesse maior permeabilidade na relação entre Estado e sociedade. Desejava-se ter mais transparência, controles institucionais e participação na definição das políticas públicas. Claro que há erros, problemas, coisas que não deram certo, mas a comparação entre o antes e depois é favorável ao nosso momento.

Recentemente saiu um estudo, de George Avelino Filho, Ciro Biderman e Lorena Barberia⁴, no qual foram feitas análises sobre relatórios da Controladoria Geral da União (CGU) em que havia malversação de recursos públicos (termo melhor do que corrupção). Os autores mostraram que, na área de saúde, em que havia menos probabilidade estatística de malversação, havia Conselhos Municipais de Saúde há mais tempo. Isto evidencia que foram criados instrumentos de controle público, articulados em políticas públicas, que devem ser mantidos e aprimorados.

Houve pela primeira vez na história com a redemocratização, substanciada em particular pela Constituição de 1988, uma proposta de *welfare* no Brasil. Antes disso o *welfare* não existia. Com a Constituição, não só a proposta existiu, como foi colocada em prática. Se pegarmos o Ipeadata⁵ e sortearmos indicadores sociais brasileiros de 1988 para cá, na imensa maioria deles houve melhora. Isto ocorreu porque houve, de alguma forma, a construção institucional de um modelo de *welfare* com definições constitucionais. E depois, no caso da saúde houve a lei orgânica, depois SUAS⁶ na assistência social, etc. Estamos cometendo um equívoco empírico: havia alegações, na organização de movimentos de rua do primeiro semestre de 2015, de que o nosso problema era termos excesso de Estado. Nosso problema é Estado sem capacidade de regulação.

Guy Peters⁷, grande pensador da área da administração pública, disse que na Suécia existe um espaço público não estatal na provisão de saúde por-

3. Mais Médicos é um programa lançado em 8 de julho de 2013 pelo Governo Dilma, cujo objetivo é suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil.

4. AVELINO, G.; BARBERIA, L. G.; BIDERMAN, C. Governance in managing public health resources in Brazilian municipalities. *Health Policy and Planning* (Print), v. 28, p. 1-9, 2013.

5. Dados produzidos pela Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)

6. Sistema Único de Assistência Social (Suas)

7. Professor B. Guy Peters, PhD, do Departamento de Ciência Política da Universidade de Pittsburgh, especialista em administração e políticas públicas.

que o Estado é forte, por mais paradoxal que isto possa parecer. Nessas horas é necessário recuperar essa discussão, para não acreditar que, se diminuirmos o tamanho dos governos, aumentaremos e melhoraremos os serviços públicos em seguida.

Gestão profissionalizada

Foi proposto um modelo de gestão na Constituição de 1988 que envolvia maior profissionalização da administração pública, pois o serviço público brasileiro do ponto de vista do país, dos 5.570 municípios, em termos de sua distribuição de profissionais de saúde, educação, segurança, era muito pior do que é hoje. Um dado da década de 1990: se olharmos a prestação de serviços públicos no Nordeste, 70% dos servidores públicos vinculados ao *welfare* tinha algum tipo de contrato precário e não permanente, que podia ser temporário, cargo comissionado e coisas semelhantes que temos no nosso Estado. Foram feitos muitos concursos públicos que, embora não resolvam tudo, frente ao que ocorria foi um avanço brutal. É preciso retomar a história para melhorar o caminho à frente. Houve um caminho grande de profissionalização que envolveu também um caminho de fazer um novo desenho de políticas públicas, da qual faziam parte os esforços realizados por grupos sociais, como a coalizão sanitária.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem problemas? Tem sim, mas é preciso frisar que houve um desenho, um esforço de construir pela primeira vez nessa história uma articulação sistêmica de políticas públicas, que era complexa, porque envolvia relação público-privada, relações federativas, relação com o cidadão. O Brasil, nos últimos 25 anos, foi um enorme laboratório. Estudando indicadores de cobertura, em todas as áreas houve expansão de políticas públicas, com algum sentido de universalização e também, em menor grau, de equidade.

Ocorreu ainda um processo grande de descentralização, embora de forma muito variada entre os diversos setores. A descentralização não vai resolver todos os problemas da saúde, em particular a municipalização, se não forem criadas estruturas locais que podem ser geométricas (não necessariamente um município). Se não forem criadas estruturas locais de provisão com qualidade no país, não será o governo federal que resolverá o problema da saúde. De todo modo, o Estado, como ente público, chega a mais partes do país do que no passado.

Claro que surgiram problemas na implementação do projeto da Constituição de 1988. Um pri-

meiro problema é que a diversidade de situações e condições no plano local era muito maior do que estava exposto em todo o projeto da Constituição e mesmo nos projetos setoriais, como a própria Lei Orgânica da Saúde.

A diversidade de situações e condições dos 5.570 municípios é impressionante e não apenas sob o ponto de vista de receita, mas também de capital humano. Quando se fala em realizar a articulação entre o público e o privado na saúde e espalhar organizações sociais por todo o país, cabe a pergunta se há pessoas suficientes, se há organizações suficientes. Em grande medida o Mais Médicos é resultado da enorme assimetria de capital humano no Brasil e dos custos de oportunidade derivados. Tentar implementar um modelo sistêmico de política social, buscando universalização, expansão, neste país, não será fácil. Pensou-se muito pouco na questão do capital humano. Foi dada prioridade ao desenho das políticas públicas, mas sem definir o financiamento ou o modelo de gestão, de coordenação federativa.

Em educação, quando se faz reuniões com os estados e municípios, eles pedem um grande concurso federal para professores, que envolveria, portanto, todos os professores do Brasil. No interior de Sergipe, no interior do Piauí, fazendo concurso local não se consegue nem metade dos professores necessários.

Sem articulação

Vale lembrar um conceito que foi esquecido: a ideia de seguridade social, que supunha articulação em três áreas, previdência, saúde e assistência. As três caminharam separadamente a partir da segunda metade da década de 1990, cada uma para o seu lado. A ideia de seguridade do ponto de vista de política pública, tinha dois objetivos fundamentais. Um é a questão da articulação, lembrando que o bem-estar não pode ser completamente setorializado. Isto é, a família não pode ser completamente setorializada. Havia uma ideia por trás disso.

O segundo ponto é que, ao criar esse conceito, se estava querendo reforçar o financiamento para o bem-estar no país. Parece que a ideia do financiamento como estava na Constituição de 88 morreu, não existe mais. Estados eficientes são necessários, ajuste fiscal no Brasil é importante, mas existe um descasamento entre os objetivos da política e o seu financiamento. Se esse descasamento não for per-

cebido, pode-se pensar que, reduzindo os tributos, será possível ter mais políticas públicas.

Outro ponto que apresentou dificuldades foi o controle público, por mais que tenha avançado. A premissa era que, criando mecanismos de participação, controle e etc, imediatamente ocorreria mais *accountability*⁸. Resultados de pesquisa mostram que a *accountability* variou muito heterogeneamente pelo país. Outra dificuldade relevante é que há uma enorme diferença entre oferta e

O conceito de público do século 21 tem de responder a questões do passado e do futuro, e é preciso ter um paradigma claro e factível para lidar com esse desafio.

qualidade de serviços públicos. O modelo brasileiro de *welfare* foi pensado para a oferta, não para a qualidade. O desenho brasileiro de direito administrativo é pensado para a oferta, não para a qualidade.

Tentativas de correção

Diante do que aconteceu, desse choque de expectativas entre a Constituição de 1988 e os resultados, vieram a seguir mudanças ou tentativas de correção. Houve reformas federativas tentando melhorar a coordenação federativa em várias políticas públicas, depois a ideia de regionalização. Algumas deram certo e outras deram errado.

Houve um embate grande do ponto de vista da ideia de gestão na década de 1990 e na década passada, entre um gerencialismo puro e um pluralismo institucional. O resultado final foi um pluralismo institucional descoordenado e fragmentado, que é melhor que o gerencialismo puro, mas tem várias falhas. Em grande medida, o resultado das duas décadas posteriores à Constituição foi, sem dúvida alguma, ampliação de direitos e serviços, mantendo

problemas de qualidade, equidade, financiamento, eficiência e *accountability*.

Se diante desse balanço repensarmos o público e o privado nas diversas políticas públicas e em particular na saúde, há que pensar em quatro questões para terminar. Uma: sair da dicotomia, que não levará a lugar algum ou, pior, levará à derrota das ideias originais. Será cada vez mais difícil estar em um cargo público e governar este país nas próximas décadas se mantivermos a atual polarização

entre Estado e mercado. Segundo ponto: tem que melhorar a capacidade estatal de regulação, coordenação e de fortalecimento do espaço público. Se não houver melhora estatal, não se conseguirá melhorar a coordenação. Terceiro ponto: é preciso definir melhor os papéis no pluralismo organizacional e os

objetivos. Para que o pluralismo organizacional? O governo da Bahia tem lá um serviço de saúde de administração direta típico. Tinha Organização Social de Saúde (OSs), tinha Fundação Estatal de Saúde, tinha Parceria Público-Privada (PPPs). Qual a necessidade de tantos modelos diferentes? Qual o efeito dessa pluralidade? A forma de coordenar todos esses modelos não é simples e sem coordenação não há controle sobre o processo. Os serviços estão indo para vários lugares sem saber porque estão indo nessas direções, o que representa a descoordenação.

E, por fim, só é possível recuperar os sucessos e fracassos de toda mudança do Estado, e no seu desenho na relação público-privada, se houver uma agenda clara, que tenha desenho institucional, objetivos e, sobretudo, uma visão de como implementar as ideias. É preciso retomar os valores da agenda, mas mudar suas estratégias, em termos de modelo institucional e coalizões de apoio. O conceito de público do século 21 tem de responder a questões do passado e do futuro, e é preciso ter um paradigma claro e factível para lidar com esse desafio.

8. *Accountability* - Em se tratando da esfera pública, o termo *accountability* encontra-se frequentemente relacionado à fiscalização, avaliação e, muitas vezes, à ética no trato do bem público, visto que seu significado remete à obrigação da prestação de contas de membros de um órgão administrativo ou instituição representativa às instâncias controladoras ou a seus representados.

O público e o privado na gestão da saúde

Márcio José de Almeida

Pesquisador do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - INESCO

EXISTE UM POEMA DE Geir Campos¹ chamado “Poética” em que ele diz: “Eu quisera ser claro de tal forma que ao dizer — rosa! – todos soubessem o que haviam de pensar. Mais: quisera ser claro de tal forma que ao dizer — já! – todos soubessem o que haviam de fazer”.

Em relação às três questões sugeridas pela coordenação, tenho as contribuições a seguir. No caso da primeira questão – Onde termina a responsabilidade do Estado e começa o papel da iniciativa privada no setor saúde? –, a resposta está contida, a meu ver, no artigo 197 da Constituição Federal: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor nos termos da lei sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle. Devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

O artigo 199 complementa a resposta: “Assistência à saúde é livre à iniciativa privada; as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS) segundo diretrizes desse, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferências entidades filantrópicas e sem fins lucrativos”, sendo este texto muito vinculado ao que foi predominante na 8.ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Segunda questão: Em que medida as lógicas do direito à saúde e do mercado na saúde são compatíveis? Essa pergunta complementa-se com outra: é possível unir forças em prol de todo o sistema? Na minha opinião, as lógicas do direito à saúde e do mercado na saúde são compatíveis. Em grande medida, especialmente se for observado o que diz o artigo 170 da Constituição Federal, que é do capítulo da Ordem Econômica e Financeira: “A ordem econômica fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa tem por fim assegurar a todos a existência digna, conforme os termos da justiça social e observados os seguintes princípios”. O princípio terceiro – “função social da propriedade” – faz parte. É sim possível unir forças em prol de todo o

sistema, contraditoriamente, com problemas, como vem ocorrendo.

Terceira questão: Mudanças de cunho legal têm sido adotadas na tentativa de deixar menos dúbios e mais formalizados os processos. Todavia, a discussão sobre as relações entre público e privado no âmbito do SUS tem gerado muita polêmica. Quais as alternativas possíveis? Não há problema na existência de discussões e polêmicas; isso é bom, amadurece, estimula a autocritica e ajuda a superar dogmas.

Quanto às alternativas possíveis, além das conhecidas Fundações Estatais de Saúde, Organizações Sociais de Saúde (OSS), no Paraná existe outra modalidade, ainda não adotada na saúde: os Serviços Sociais Autônomos. Hoje existem vários: Paraná Cidade, Paraná Educação, Paraná Tecnologia, Eco Paraná, Paraná Previdência. São outras modalidades que na saúde, em particular, lá não são aplicadas. É uma modalidade implantada há três governos e que permanece. Com desenvolvimentos contraditórios, mas permanece.

O estado de mal-estar com o SUS e também o estado de mal-estar no SUS são ambos vigentes no país. Eles só serão superados quando forem compreendidos.

Mais perguntas

Há novas questões a agregar: Quais são os limites da responsabilidade do Estado e dos cidadãos no que se refere à saúde? Não é só o Estado e a iniciativa privada trocando responsabilidades por papel. O que se entende por iniciativa privada no setor saúde? As entidades beneficentes e filantrópicas fazem parte da iniciativa privada? Mesmo sem ter objetivo de lucro? Até quando vamos conviver com essa confusão, às vezes fabricada, às vezes de interpretação

1. Geir Nuffer Campos foi um poeta, escritor, jornalista e tradutor brasileiro.

do direito? A lógica do direito à saúde pode ser desassociada da lógica do dever com a saúde?

A questão induz a um tipo de raciocínio que força a discussão sobre no que consiste a lógica do direito à saúde. Profissionais competentes, desinteressados dos aspectos pecuniários, sacerdotes sanitários, idem quanto à lógica do mercado na saúde? Profissionais gananciosos, exploradores do trabalho dos outros, insensíveis ao sofrimento alheio? Até quando se vai continuar inflando a lógica binária do nós *versus* eles?

Citando Adolfo Chorny²: Não é cabível compreender a ação do Estado de maneira maniqueísta; ao olhar para o privado, vê lucro e exploração e para o público, saúde pública". Essa lógica binária é adequada a alguns segmentos do movimento sanitário e a algumas lideranças políticas importantes do movimento social e leva a colocar na rua o exército de bonés vermelhos idealista *versus* o exército verde-oliva golpista. Bloqueio de caminhoneiro em outro país há 40 anos fez parte da derrocada de um governo democrático. Quem aqui desconhece que ocorre a apropriação privada para fins particulares de recursos públicos em serviços estatais de saúde? Quem aqui desconhece o papel social de inúmeros serviços prestados pelo Terceiro Setor na saúde?

Em Londrina, havia uma Autarquia do Serviço Municipal de Pronto Socorro que foi transformada em Autarquia do Serviço Municipal de Saúde via projeto de lei, com negociação na Câmara antes da Constituição de 88. Depois dela, a autarquia perdeu essa competência. Por conta disso, após a promulgação da Constituição, foram criadas duas Fundações de Apoio da Universidade de Londrina e ago-

ra, recentemente, foi promulgada a Lei de OSS do governo do Estado do Paraná. Mas a OSS não foi implementada por insegurança jurídica e finalmente foi criada em 2013 uma fundação estatal, que gerencia o Hospital do Idoso Zilda Arns, os Centros de Apoio Psicossocial (Caps) e os serviços médicos das Unidades de Pronto Atendimento (Upas) do município de Curitiba. Mais recentemente, em 2014, foi criada a Fundação Estatal de Atenção à Saúde do Paraná (Funeas). Havia no Brasil, em março de 2015, 28 Fundações Estatais de Saúde e tinham-se notícias de mais dez em instalação.

Roberto Passos Nogueira³ escreveu um artigo denominado "Desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais", em que fala, no final da discussão, acerca das novas modalidades institucionais do SUS em que podem ser distinguidas três posições políticas que se contrapõem entre si. Em primeiro lugar, encontram-se os defensores do SUS público puro, que rejeita a criação tanto das OSS quanto das fundações estatais. Em segundo lugar, estão os defensores do SUS de gestão pública flexível, que rejeita o modelo das OSS e defendem o modelo das fundações estatais. Finalmente há o grupo do SUS mais efetivo, composto pelos que apoiam a ideia de modalidade das OSS para expansão e melhoria da assistência hospitalar à população, mas que eventualmente também defende a modalidade das fundações estatais. Organizações sociais não são iniciativa privada, o que não significa abandonar a necessidade de controle, de regulamentação, de orientação e de que o Estado, o estatal, faça o seu papel.

2. Adolfo Horacio Chorny, docente e pesquisador em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

3. Roberto Passos Nogueira é pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. Tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em saúde pública.

DEBATE

Adolfo Horácio Chorny

Pesquisador do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - INESCO

Ana Luísa Viana fez uma descrição da evolução dos diversos setores que compõem o sistema de saúde nos últimos 20, 30 anos, mas mostrou algo bastante interessante. Primeiro que o setor público está fracionado segundo vários e distintos interesses e objetivos. A administração direta e indireta, por sua vez subdividida, e depois vem o setor privado. Essas distinções são importantes porque identificam o campo possível de realização de alianças e de coordenação. Quando se fala em coordenar, é possível coordenar ou é o caso de criar coordenação entre opostos? Se alguém quer o lucro total e o outro quer a indigência total, desde que pública, não há o que coordenar.

Primeiro temos que entender de onde estamos falando, algo até agora não esclarecido. Existem vários pressupostos que nós todos compartilhamos, o que é válido enquanto nenhum de nós explicita os valores que possui. Para mim é claro que os três integrantes da mesa e eu, o quarto, não temos exatamente os mesmos valores. Quando se discute a problemática da organização, da gestão dentro do Estado brasileiro, uma perspectiva histórica de desenvolvimento, me surge uma pergunta: existe Estado brasileiro? Eu digo que sim. Existe nação brasileira? Eu digo que não. Estado e nação não são a mesma coisa. Estado é uma nação com território, mas o território constituiu o Estado dentro do qual pode haver várias nações. Eu quero saber se o Brasil é uma única nação.

E tem outra coisa que me chamou a atenção. Fernando Abrúcio falou que o maior movimento em massa que se viu aqui foi o das Diretas Já, que levou 1,5 milhão ou 2 milhões de pessoas à rua. O Carnaval no Rio colocou em um dia 5 milhões na rua. Pode-se dizer que o povo carioca quer mais carnaval do que Sistema Único de Saúde (SUS)? Porque na manifestação de julho de 2013 colocou 300 mil,

400 mil na rua. Então, isso para mim é um indicativo claro que não existe nação, que a nação ainda tem de ser constituída. Eu li *Os Sertões*¹, de Euclides da Cunha; eu li *As raízes do Brasil*², de Sérgio Buarque de Holanda, li Prado Jr³, mas eu não vejo nação. Nessas leituras há uma tentativa de criar uma mística, que seria o fundo de uma nação, mas eu não consigo ver a nação. Isto é fundamental para poder definir o que público e privado fora das definições do direito.

O direito define o público, o privado, mas nós, como sociedade, não temos claro que uma Organização Social de Saúde (OSS) não é privada. Ou não sei se não existe apropriação privada para a informação de resultados não aparecer como lucro. Minha experiência à frente de uma fundação um tanto complexa como é a Fundação de Apoio da Fiocruz (Fiotec), onde ninguém enriqueceu, menos ainda ilícitamente, não deixou claro para mim que ela seja pública.

Se a existência de uma via de acesso auxiliar ao setor público é muito útil, porque o engessamento do setor público faz dele inoperante, esta é outra discussão. De que modo o setor público se libera do engessamento que está fadado a fazê-lo fracassar? Deve haver muitos países com muitas normativas, mas eu duvido que existam mais normativas contraditórias, opostas e superpostas do que no Brasil. Não sei se Portugal é uma herança primogênita, mas é muito complexa e isso não é razoável. Isso tem intencionalidade. Por fim, Márcio Almeida trouxe o desafio de como será possível trabalhar com o povo (ou com os povos).

Como fazer? Eu acredito que não tenhamos diálogos. Pode haver diálogo parcial com algum setor. Eu sou um anarquista, porque creio que a única liberdade possível é quando cada um faz o que lhe interessa e tudo isso se conjuga em um bem maior.

1. *Os Sertões* é um livro brasileiro, escrito por Euclides da Cunha e publicado em 1902.

2. *Raízes do Brasil* é um livro do historiador brasileiro Sérgio Buarque de Holanda. O livro é considerado um dos mais importantes clássicos da historiografia e da sociologia brasileiras.

3. Caio da Silva Prado Júnior foi um historiador, geógrafo, escritor, político e editor brasileiro.