Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP | Edição Especial | Março de 2015 | ISSN: 2316-6657

www.fgv.br/gvsaude

EDIÇÃO ESPECIAL

Seminário: A gestão da saúde no Brasil

CONFERÊNCIA MAGNA

O fracasso de dois populismos – o liberal e o desenvolvimentista – desde o Plano Real

MESAS REDONDAS

Desafios atuais da gestão da saúde

Público e o privado na gestão da saúde

Diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vínculados ao SUS

A participação do capital estrangeiro da assistência à saúde no Brasil

FGV EAESP
CENTRO DE ESTUDOS EM PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SAÚDE

Debates **GVsaúde**

EDIÇÃO ESPECIAL

www.fgv.br/gvsaude

COORDENAÇÃO GERAL

Luis Eugenio P. F. de Souza

Presidente (2012-2015)

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

Ana Maria Malik

Coordenadora

Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde FGV/EAESP (GVSaúde)

SUPERVISÃO

Cinthia Costa

Coordenadora Executiva do GVsaúde

PROJETO EDITORIAL

Cris Tassi Design Gráfico

EDIÇÃO

Maria Teresa Fontes Marques

ABRASCO 35 ANOS

DIRETORIA (2012-2015)

Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza. – ISC-UFBA – Presidente

Eli Iola Gurgel Andrade – UFMG – Vice-presidente

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – FSP-USP – Vice-presidente

Maria Fátima de Sousa – UNB – Vice-presidente

Nelson da Cruz Gouveia – DMP-USP – Vice-presidente

Nilson do Rosário Costa – ENSP-FIOCRUZ – Vice-presidente

CONSELHO (2012-2015)

Eronildo Felisberto – IMIP/PE

Ethel Maciel – UFES

Lígia Bahia – UFRJ

Luiz Augusto Facchini/Ana Cláudia Fassa – UFPel

Rosana Onocko-Campos – Unicamp

A revista reproduz as apresentações dos palestrantes do seminário realizado na FGV/EAESP, em março de 2015. Distribuição de circuito interno. Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, a opinião da revista.

COORDENAÇÃO

FGV EAESP

CENTRO DE ESTUDOS EM PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SAÚDE

APRESENTAÇÃO

A Gestão da Saúde no Brasil

Ana Maria Malik e Luis Eugenio P. F. de Souza

Os serviços de saúde são, certamente, uma das áreas de gestão mais complexa. Há uma série de razões para isso: seus objetivos são vários (e, às vezes, pouco precisos ou contraditórios entre si); os processos de trabalho são múltiplos e de difícil coordenação, dada a indispensável autonomia dos trabalhadores; atendem a necessidades e demandas em constante evolução; são fortemente permeados por questões de caráter ético, cultural, social e político.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, houve uma forte expansão dos serviços, tanto no setor público, quanto no setor privado. Em ambos os setores, são diversos os modelos de gestão adotados. Mais recentemente, têm crescido as alternativas que associam organizações públicas e privadas. Desse modo, têm-se acumulado experiências que merecem ser discutidas, seja para identificar estratégias bem sucedidas, seja para evidenciar obstáculos à efetividade e/ou à eficiência dos serviços de saúde.

O seminário "*A gestão da saúde no Brasil*" teve como objetivo, exatamente, abrir um espaço de debate sobre essas experiências. A discussão começou por uma análise política da conjuntura a partir da conferência do professor Luiz Carlos Bresser-Pereira, que defendeu a necessidade de uma coalizão de classes ou de um pacto político desenvolvimentista, em oposição à coalizão liberal de classes, formada por rentistas, financistas e defensores dos interesses estrangeiros.

A seguir, uma mesa-redonda, coordenada pelo então presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, doutor Fernando Monti, discutiu os desafios da gestão da saúde. A primeira palestrante desta mesa, professora Amélia Cohn, destacou que a utopia da universalidade do SUS transformou-se na distopia da segmentação e fragmentação do sistema de saúde e da sociedade. O professor Gastão Wagner, a seu turno, defendeu que o SUS tenha um alto grau de autonomia e, ao mesmo tempo, um alto grau de controle de cogestão, transformando-se, talvez, em uma autarquia pública: o SUS Brasil. Por sua vez, o professor Luis Eugenio sistematizou os desafios à gestão da saúde em uma matriz formada por três dimensões (política, técnica e administrativa) e por três níveis (macro, meso e microgestão) e concluiu que a possibilidade de consolidação de um SUS universal e igualitário depende de uma ampla mobilização social em defesa da saúde como direito.

A segunda mesa-redonda, comandada pelo professor Adolfo Chorny, debateu as relações entre o público e o privado na gestão da saúde. A professora Ana Luiza Viana apresentou três cenários: (a) o atual, caracterizado por um pluralismo empresariado em que coabitam um segmento híbrido de quase mercado, um segmento privado com fins lucrativos e um segmento público; e dois possíveis: (b) o pluralismo integrado, com preponderância de institucionalidade estatal; e (c) o pluralismo mercantil com prepon-

derância de institucionalidade privada com fins lucrativos. Em seguida, o professor Fernando Abrucio destacou quatro questões essenciais na relação entre o público e o privado: superar a polarização entre Estado e mercado; melhorar a capacidade estatal de regulação; definir melhor os objetivos do atual pluralismo organizacional; e estabelecer um desenho institucional, com objetivos e coalizões de apoio bem definidos. Por fim, Márcio Almeida ponderou que não é cabível compreender as relações entre o público e o privado de maneira maniqueísta, lembrando que ninguém desconhece que ocorre a apropriação para fins particulares de recursos públicos em serviços estatais de saúde ou que inúmeros serviços do Terceiro Setor na saúde têm relevante papel social.

As diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS foi o tema da terceira mesa-redonda, coordenada pela professora Eli Iola Gurgel de Andrade. A diretora da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, enfermeira Jeanne Michel, lembrou que a missão da EBSERH é aprimorar a gestão dos hospitais universitários federais e congêneres, ressaltando que já se obtiveram grandes melhorias. Em seguida, o doutor Eduardo Ribeiro, chefe da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, apresentou a experiência de 17 anos de parceria com Organizações Sociais de Saúde para a gestão de equipamentos próprios de saúde do Estado. Por sua vez, o doutor Jorge Motta, diretor técnico do Hospital do Subúrbio em Salvador (Bahia), informou que a epidemiologia foi a estratégia utilizada para estruturar toda a organização, a partir das necessidades de saúde da população. Fechando a mesa, o professor Gonzalo Vecina Neto, à época superintendente do Hospital Sírio-Libanês (São Paulo), elencou cinco desafios da gestão dos estabelecimentos de saúde: regulação, reforma administrativa, cooperação público -privada, terceirização e aferição de resultados.

A última mesa-redonda, sob a coordenação do professor Wilson Rezende, debateu a participação do capital estrangeiro na assistência à saúde, recentemente autorizada por lei federal. O doutor Francisco Balestrin, Presidente do Conselho da Associação Nacional de Hospitais Privados, afirmou que, na questão do capital, seja ele nacional ou estrangeiro, o importante é que traga para as instituições aquilo que hoje falta: estrutura, organização, governança corporativa e governança clínica. A professora Lenir Santos, em seguida, considerou que a aprovação dessa lei viola a autoridade do país na organização de seu sistema de saúde, quebrando o princípio da soberania para fundamentar e autorizar, de maneira regulada, os investimentos econômicos na saúde pública. Por sua vez, a professora Lígia Bahia defendeu que a participação do capital estrangeiro representa uma ameaça ao SUS, porque não tem interface com ele, não leva em conta as necessidades de saúde da população e, além disso, iguala o filantrópico ao privado. Quanto ao professor Walter Cintra Ferreira Junior mencionou o desfinanciamento do setor saúde, bem como a falta de controle sobre os recursos repassados, sejam eles no setor público e no setor privado. Sem recursos e sem controle não há como o SUS caminhar como se busca.

Enfim, as discussões foram muito ricas e essa edição especial da ***Revista Debates GVsaúde***, ao registrá-las e promover sua divulgação, contribui para o avanço do debate e para a formulação de estratégias de gestão que atendam aos anseios por uma atenção à saúde de qualidade e igual para todos. Não foi outra a intenção da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e do GVsaúde da Fundação Getulio Vargas ao organizarem esse seminário.

Sumário

11 de março de 2015

CONFERÊNCIA MAGNA

O fracasso de dois populismos – o liberal e o desenvolvimentista – desde o Plano Real

Luiz Carlos Bresser-Pereira 7 FGV/EAESP

11 de março de 2015

MESA REDONDA

Desafios atuais da gestão da saúde

Fernando Monti 14 Conasems

Amélia Cohn 15 Abrasco

Gastão Wagner de Souza Campos 17 Unicamp

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza 22 UFBA

11 de março de 2015

MESA REDONDA

Público e o privado na gestão da saúde

Adolfo Horacio Chorny 28 Fiocruz

Ana Luiza D'Ávila Viana 29 USP

Fernando Luiz Abrúcio 32 FGV/EAESP

Márcio José de Almeida 37 INESCO

Adolfo Horacio Chorny (debate) 39 Fiocruz

12 de março de 2015

MESA REDONDA

Diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vínculados ao SUS

Eli Iola Gurgel Andrade	40	UFMG
Jeanne Michel	41	EBSERH
Eduardo Ribeiro Adriano	46	SES - SP
Jorge Motta	50	Hospital do Subúrbio (HS) – BA
Gonzalo Vecina Neto	53	FSP USP

12 de março de 2015

MESA REDONDA

A participação do capital estrangeiro da assistência à saúde no Brasil

Wilson Rezende	58	FGV/EAESP
Francisco Balestrin	59	Anahp
Lenir Santos	61	Idisa
Ligia Bahia	64	Abrasco
Walter Cintra Ferreira Jr.	67	HCFMUSP

CONFERÊNCIA MAGNA

O fracasso de dois populismos – o liberal e o desenvolvimentista – desde o Plano Real

Luiz Carlos Bresser-Pereira
Professor emérito da Fundação Getulio Vargas.

O BRASIL AVANÇOU MUITO na área social, desde 1980, e especialmente desde a Constituição de 1988. Entretanto, a economia brasileira está parada desde 1980. Entre 1950 e 1980, o Brasil crescia a uma taxa média altíssima, de 4.1%.

Desde 1980, o crescimento é de 0,9% ao ano. Isso faz uma diferença brutal em dez anos, e mais ainda em 20 anos. Realmente o Brasil cresceu muito pouco nesses últimos anos e as taxas baixas de crescimento dos últimos quatro anos não são a exceção, mas a regra.

Já na área social o avanço foi significativo: cerca de 11 a 12% do PIB em 1980. Hoje corresponde a 23% - o que mostra que o gasto dobrou em termos relativos. Em termos absolutos, aumentou, mas teria aumentado muito mais se o Brasil houvesse continuado a crescer como crescia até 1980. Gasta-se mais na área social, especialmente na saúde, e mais ainda na educação. Houve uma mudança completa na política brasileira em relação à educação a partir da transição democrática. Pela primeira vez na história do Brasil a educação fundamental foi colocada como prioridade. Nos anos 70, os militares deram prioridade à educação superior e principalmente à educação pós-graduada. Estavam interessados nas elites e ponto final. A educação fundamental, nos últimos 25 anos sem dúvida foi privilegiada. Isso, além de importante, é também muito bom.

O mesmo avanço ocorreu na área da saúde, desde que a Constituição definiu o direito universal à saúde e, em seguida, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado. Eu costumo dizer que a maior conquista da democracia brasileira, além da própria democracia, é o SUS. O fato de o Brasil ter um sistema universal de saúde com uma renda per capita de apenas US$ 12 mil é uma coisa completamente fora da linha. Eu não creio que exista qualquer outro país com uma renda desse nível e que tenha um sistema de saúde tão abrangente quanto o nosso.

Consumo imediato

Mas desde 1980 o Brasil parou no plano econômico e isto está criando um problema muito sério. Como entender o que está acontecendo? Estou convencido de que o mau desempenho econômico do Brasil está associado a duas coisas: à perda da ideia de nação e alta preferência pelo consumo ime-

diato. Nossa dependência leva-nos a aceitar políticas econômicas que interessam aos países ricos e não a nós – principalmente a política de crescimento com déficit em conta-corrente, que na teoria econômica é chamado de "poupança externa" porque esses déficits são financiados por empréstimos e investimentos das empresas multinacionais. Esses déficits abrem espaço para que os países ricos ocupem sem reciprocidade o mercado interno do Brasil. Por outro lado, a alta preferência pelo consumo imediato significa que não estamos dispostos a fazer qualquer sacrifício no curto prazo em nome do desenvolvimento econômico. Significa que não aceitamos uma taxa de câmbio mais depreciada, que torne competitivas as boas empresas industriais nacionais, porque isto não interessa, no curto prazo, a todos, que verão sua capacidade de consumo diminuída, e, sempre, aos capitalistas rentistas e os financistas.

Eu acabei de publicar o livro *A Construção Política do Brasil*, no qual faço uma ampla análise da economia, da sociedade, da política brasileira desde a independência. Há apenas um capítulo sobre a colônia, explicando as razões do atraso do Brasil que aconteceram na colônia e não no império, ao contrário do que analistas principalmente estrangeiros afirmam. Nesse livro, eu divido a história do Brasil em três grandes ciclos da relação Estado e sociedade. Durante o império, ocorreu um ciclo que denomino Ciclo Estado e Integração Territorial, porque foi nesse período que o Estado brasileiro foi formado; nesse período também é que se conseguiu, a duras penas, garantir a integridade territorial do Brasil.

Depois disso houve o período da primeira república, que é de transição. A partir de 1930 até 1977, nós temos o que eu chamo de Ciclo Nação e Desenvolvimento, que poderia também ser chamado de "a revolução capitalista brasileira". Nesse momento, o Brasil, que era agrícola, exportador de café, transforma-se num país industrial, exportador de manufaturados; em 1980, 60% das exportações brasileiras já eram de manufaturados.

A grande figura desse período é Getúlio Vargas, que domina completamente os primeiros 30 anos. Depois de uma crise entre 1961 e 1964, seguida de um ajuste nos três anos seguintes, as políticas nacional-desenvolvimentistas, que Getúlio Vargas havia instalado no Brasil nos anos 30, são retomadas pelos militares, tendo Antonio Delfim Netto como principal formulador econômico. Mas há uma diferença: há uma exclusão dos trabalhadores do pacto social que existira no tempo de Vargas.

Esse foi o período em que o Brasil se definiu como nação; é o momento em que se forma a nação brasileira – coisa que não tinha acontecido durante o império. A ideia de que existe o império, o "Ocidente", e que é preciso que o Brasil seja capaz de defender-se dele e adotar as políticas econômicas necessárias para seu desenvolvimento torna-se dominante. Não faz sentido o país subordinar-se às recomendações e sugestões dos países ricos, cujos interesses são diferentes dos nossos. Foi então que rejeitamos a recomendação de o Brasil voltar a ser um país agrícola – algo que está, nestes últimos 30 anos, voltando a ocorrer.

A revolução capitalista ocorre em nível mundial. Começou no norte da Itália, no século XIII e o primeiro país que a terminou foi a Inglaterra quando o país completou a sua revolução industrial, por volta de 1800. A partir de então, o mundo muda totalmente, porque muda seu centro; este torna-se poderoso e capaz de submeter à condição de colônia toda a Ásia e a África. Agora o desafio para cada país atrasado, subdesenvolvido, é fazer a sua própria revolução industrial ou a sua revolução capitalista. Os primeiros países que, depois do Reino Unido, realizaram sua revolução capitalista, foram a França e a Bélgica; com um atraso um pouco maior, nos Estados Unidos e na Alemanha; mas esses formaram o Ocidente. Os demais passaram a ter o problema de enfrentar o imperialismo do Ocidente.

O Brasil só fez a sua revolução capitalista, completada pela revolução industrial, no período de 1930 a 1980, no quadro do Ciclo Nação e Desenvolvimento. Ao final desse período, o Brasil era uma sociedade industrial, já tinha uma grande classe empresarial, uma grande classe média, burguesa, uma grande classe média tecnoburocrática vivendo de ordenados nas empresas e nas organizações do Estado, e uma classe operária muito grande. Enfim, houve uma profunda transformação em toda a sociedade brasileira na medida em que ela se tornava capitalista moderna.

Crise latino-americana

O motivo pelo qual o país parou em 1980 é muito claro. Foi fundamentalmente porque nesse ano toda a América Latina mergulhou numa grande crise financeira, chamada a crise da dívida externa. No Brasil, a crise foi causada porque o país aceitou as recomendações dos nossos "senhores" no Ocidente. Na verdade, nós não somos parte do "Ocidente". O "Ocidente" é a Organização para a Cooperação e

Desenvolvimento Econômico (OCDE[1]) menos o México. "Ocidente" são os países ricos, é o império. O Japão faz parte do "Ocidente", o Brasil não.

Já na segunda parte dos anos 1970, nós aceitamos a recomendação do "Ocidente" de "crescer com poupança externa", ou seja, crescer com déficits em conta-corrente que necessitam ser financiados e causam o aumento da dívida externa financeira e da dívida externa patrimonial (multinacionais). Cometemos esse erro, nos endividamos fortemente e quando chegou 1980 houve uma série de acontecimentos que levaram o Brasil e toda a América Latina a quebrar.

E durante 12 anos o Brasil viveu nessa crise financeira, que desencadeou uma alta inflação inercial da qual todos se lembram, uma inflação indexada, que oferecia uma grande resistência à queda, e que obrigou o país a "conviver" com ela durante 14 anos. Evidentemente essas foram as causas da estagnação do período: a crise financeira e a alta inflação. Há quem insista em dizer que foi a crise do Estado substituidor de importações, mas isso não é verdade. O Brasil, desde 1967, deixara o modelo simples de substituição de importações e transformara-se em um país exportador de manufaturados. Houve uma transformação enorme nesse período, provando que o país estava tecnologicamente avançando, que estava se tornando competitivo. Mas nós paramos em 1980 porque quisemos crescer com poupança externa e, é claro, isso não deu certo.

A crise da dívida externa terminou em torno de 1992, com o plano Brady. O Brasil estava, então, preparado para acabar com a alta inflação – o que aconteceu em 1994, com o notável Plano Real. Supus, então, que o Brasil, sem crise da dívida e sem alta inflação, cresceria de maneira maravilhosa. Porém isso não ocorreu: os oito anos do governo de Fernando Henrique Cardoso foram de baixo crescimento e marcado por duas crises financeiras; uma muito grande no final de 1998, e uma segunda em 2002.

No governo Lula, a taxa de crescimento dobrou e ele terminou seu governo vitorioso. No entanto, esse aumento no crescimento ocorreu essencialmente porque houve um boom de commodities, ou seja, o preço das commodities exportadas pelo Brasil aumentou enormemente. E, com isso, o Brasil quase triplicou as suas exportações, sem aumentar a quantidade exportada – apenas devido ao aumento dos preços. Foi o que permitiu que a taxa de crescimento do PIB dobrasse. Houve quem dissesse que "agora o Brasil retomou o crescimento e vamos crescer" – entre eles economistas muito bons, meus amigos inclusive, e também os economistas estrangeiros e os mercados financeiros que então ganhavam rios de dinheiro com o Brasil. Foi então que *The Economist* publicou uma capa em que o Cristo Redentor virava um foguete que subia para o céu. Eu olhava tudo isso surpreso, porque em 2007, quando esse otimismo estava no auge, eu havia publicado um livro, que tinha me dado muito trabalho, sobre a macroeconomia do Brasil, cujo título era *Macroeconomia da Estagnação.* Eu estava então desenvolvendo todo um conjunto de teorias, que eu chamo de Novo Desenvolvimentismo, e usava-as para entender o Brasil e sua macroeconomia. Comecei a escrever esse livro em 2004 e terminei-o em 2006. Quando o livro saiu publicado, em 2007, eu parecia um bobo. O país crescendo fortemente e eu falando de macroeconomia da estagnação. Mas não demorou muito e nós voltamos à condição normal do baixo crescimento brasileiro.

Populismo político e econômico

Por que esse baixo crescimento depois de havermos resolvido os problemas da crise financeira, da dívida externa e da alta inflação? Essencialmente porque, desde o Plano Real, o Brasil está metido em uma armadilha de taxa de juros muito altos e de taxa de câmbio sobreapreciada no longo prazo. Uma armadilha da qual nem a oposição liberal-dependente, nem o governo desenvolvimentista – ambos vítimas do populismo econômico e, mais amplamente, da alta preferência pelo consumo imediato –revelam-se capazes de escapar. O populismo político não tem nada de negativo; é, em sociedades pouco desenvolvidas, a política de líderes carismáticos que estabelecem uma relação direta com o povo, sem a intermediação de partidos políticos e de ideologias (que aliás não existem).

Já o populismo econômico é por definição negativo, e pode ser tanto fiscal, quando o Estado gasta mais do que arrecada e incorre de maneira irresponsável em altos déficits fiscais, quanto cambial, quando o Estado-nação (ou seja, o setor privado mais o Estado) gasta mais do que arrecada e incorre de

1. Organização internacional composta por 34 países que aceitam os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado.

maneira irresponsável em elevados déficits em conta-corrente. Os economistas liberais denominam sua administração macroeconômica de "tripé macroeconômico", pretendendo que esta seja a chave de uma política macroeconômica responsável mas, na verdade, ela confunde-se com o populismo cambial. Eles veem, como favoráveis para o crescimento, déficits em conta-corrente, porque seriam "poupança externa", quando, na verdade, esses déficits resultam em mais consumo, não em mais investimento, e sempre em aumento do endividamento externo do país, devido à alta taxa de substituição da poupança interna pela poupança externa. Já os economistas desenvolvimentistas, além de incidir em populismo cambial, incidem com frequência em populismo fiscal em nome de Keynes[2], que, aposto, deve se revirar na cova pelo uso de seu nome em vão. Nestes últimos 12 anos, o governo desenvolvimentista conseguiu evitar o populismo fiscal em 11 desses anos (só foi populista fiscal em 2014), mas também se entregou gostosamente ao populismo cambial.

A taxa de câmbio parece uma coisa muito complicada, muito difícil, mas não é tão complicada assim. Quando está sobreapreciada no longo prazo, significa que as empresas brasileiras, mesmo aquelas que usam a melhor tecnologia disponível no mundo no seu setor, não serão competitivas, pois as empresas estrangeiras poderão vender inclusive dentro do Brasil a um preço menor e ainda assim ter lucro. As nacionais não poderão, portanto, vender os bens que produzem ao mesmo preço que as empresas estrangeiras.

"Doença holandesa"

Uma moeda nacional apreciada representa um grande ônus para um país. E é isto que vem acontecendo conosco desde 1990, quando o Brasil fez a abertura comercial sem perceber que estava, ao mesmo tempo, deixando de neutralizar a "doença holandesa" – a principal causa da sobreapreciação de longo prazo da taxa de câmbio brasileira. A doença holandesa é uma sobreapreciação de longo prazo da taxa de câmbio causada pela existência de recursos naturais abundantes e baratos que permitem a exportação de commodities que utilizam esses recursos a uma taxa de câmbio bem mais apreciada do que aquela necessária para as empresas industriais que usam tecnologia no estado da arte mundial.

A doença holandesa no Brasil implica uma desvantagem competitiva de cerca de 20%. Mas como será que o Brasil cresceu antes não obstante essa doença? Porque a neutralizou através de um imposto de exportação disfarçado. Alguns de vocês talvez se lembrem de que antes de 1980 os cafeicultores estavam sempre indignados contra o que chamavam de "confisco cambial". Isso era um imposto sobre a exportação do café, disfarçado, mas que todo mundo via e que era essencial para que essa neutralização acontecesse e que a taxa de câmbio ficasse no nível correto. Isso acabou quando? Quando o Brasil faz a sua abertura comercial em 1990, porque os sistemas de neutralização e de confisco cambial estavam embutidos no sistema comercial brasileiro em tarifas muito altas de importação, em altos subsídios à exportação de manufaturados.

Com isso as empresas brasileiras passaram a ter uma desvantagem competitiva de cerca de 20%, ao exportar para outros países, e de 20% menos os 12% (tarifa de importação média) quando vende para o mercado interno. Com isso, o Brasil entrou em um processo de forte desindustrialização: a indústria brasileira chegou a representar 28% do PIB nacional; hoje representa 13%, uma queda muito grande; as exportações chegaram a 62% do PIB em 1992; hoje representam 36%. Em resumo, o Brasil voltou a ser exportador de produtos primários e ninguém teve coragem ou capacidade de reverter isso.

Quando eu participei do governo do Fernando Henrique Cardoso, fiquei indignado com a política que estava sendo adotada, porque eu via que ela ia levar o país para a crise financeira, como de fato levou. Cheguei a escrever carta para o presidente advertindo sobre isso, pedindo que ele mudasse a política. Não mudou e o país foi para essa grande crise em 1998-1999. Agora dizem que aquele governo foi uma maravilha. Maravilha foi o Plano Real; foi a honestidade do presidente; foi o trabalho realizado na área social, na dos direitos humanos e na da alta preferência pelo consumo imediato.

Mas no governo Fernando Henrique houve muito pouco crescimento. Quando a gente examina esse período, verifica que o problema fundamental foi essa armadilha dos juros muitos altos e o câmbio apreciado. Foi depois do Plano Real que os juros

2. John Maynard Keynes foi um economista britânico cujas ideias mudaram fundamentalmente a teoria e prática da macroeconomia, bem como as políticas econômicas instituídas pelos governos.

ficaram altíssimos – o que fez entrar muito capital no Brasil. Votamos à política de crescimento com poupança externa. Fernando Henrique declarou então que o Brasil ia crescer com poupança externa. Isso quer dizer que cresceria com déficit em conta-corrente, portanto com endividamento externo. Ele imaginava que com a poupança externa, que chegou a quase 5% do PIB em 1999, a taxa de investimento do Brasil em relação ao PIB iria passar de 17% para 22% e o país cresceria. Só que essa poupança externa – os déficits em conta-corrente financiados por empréstimos e investimentos diretos – apreciou o câmbio e quando isso ocorre todo mundo fica mais rico, aumenta o consumo, mas não o investimento. A economia, no final de cinco anos, tinha taxa de investimento de 17%, os mesmos 17%; tudo o que havia vindo na forma de investimentos diretos virou consumo e dívida externa.

A partir disso comecei a montar minha abordagem teórica, o Novo Desenvolvimentismo. Vendo o que havia ocorrido no governo Fernando Henrique, eu me perguntava se o baixo crescimento e a instabilidade financeira aconteciam porque esse governo, ao contrário do que eu esperava quando cheguei nele, foi liberal ao invés de desenvolvimentista. Nesse governo, o Estado não teve um papel importante no processo de desenvolvimento econômico de base industrial, e não se buscou nele uma inserção autônoma na economia internacional, mas se submeteu ao "Ocidente".

A teoria da dependência e o livro que Fernando Henrique Cardoso publicou em conjunto com Enzo Faletto em 1969, *Dependência e Desenvolvimento na América Latina,* ajuda a explicar a perda da ideia de nação e o governo Fernando Henrique. Na chamada teoria da dependência associada, ele chegara à conclusão de que a única solução que o Brasil tinha era associar-se ao império, aos Estados Unidos, principalmente porque nossos interesses e os desse país e, mais genericamente, do "Ocidente", não seriam conflitantes. Isso contraria tudo o que eu penso sobre economia e desenvolvimento econômico.

Competição

Meu entendimento é que nós vivemos num mundo capitalista no qual há uma grande competição que não é apenas uma competição entre empresas; é também entre Estados-nação. E é claro que os Estados-nação mais poderosos têm interesses bem diferentes dos nossos, especialmente porque têm mão de obra cara e a nossa é relativamente barata. Isso cria uma possibilidade de competição da nossa parte que não os agrada de forma nenhuma. Seu interesse é o de neutralizar a competição que vem dos países em desenvolvimento e, principalmente, ocupar nossos mercados internos com suas mercadorias, com seus financiamentos e com suas empresas multinacionais.

Graças a essas duas formas de ocupação de mercados, os países ricos recebem imensas receitas dos países em desenvolvimento sob a forma de remessas de juros e lucros para suas matrizes. Isto acontece na América Latina, não na Ásia. A contrário dos brasileiros, que pensam que são europeus, os asiáticos jamais se imaginam europeus e a sua ideia de nação é mais forte.

Em janeiro de 2003 começa o governo do Lula, e eu, que ainda estava no PSDB e não votei no candidato do PT, pensei que talvez agora o Brasil voltasse a crescer, porque logo Lula adotou uma posição desenvolvimentista e social. Mas isso não aconteceu porque Lula, e depois Dilma, foram incapazes de tirar o Brasil da armadilha do juro alto e do câmbio apreciado desde o Plano Real. Em seus oito anos de governo, Lula deixou que a taxa de câmbio se depreciasse brutalmente e, assim, inviabilizou o governo de Dilma Rousseff. Em janeiro de 2003, ele recebeu o país no meio de uma crise financeira – a segunda crise do governo Fernando Henrique, quando a taxa de câmbio estava, a preços de hoje, a R$ 6,50 por dólar (a preços daquela época era 3,95). A taxa de câmbio competitiva ou industrial para o Brasil devia ser, naquela época, cerca de R$ 3,00 por dólar, mas ele deixou que o real fosse apreciando e apreciando, e afinal entregou ao governo Dilma uma taxa de câmbio de R$ 2,00 por dólar! Deixar que a taxa de câmbio se aprecie é uma delícia para o governante, porque a inflação diminui, os salários e os demais rendimentos aumentam e todos ficam felizes.

Assim Dilma começou seu governo enfrentando uma missão impossível: depreciar o real em cerca de 50% para tornar as boas empresas brasileiras competitivas. Agora ela não tinha mais uma forma fácil de combater a inflação, que é apreciar o câmbio. Pelo contrário, precisava depreciá-lo, o que gera uma certa inflação e reduz todos os rendimentos (salários, juros, dividendos e aluguéis) – algo profundamente impopular.

Dilma recebeu uma herança maldita do Lula. A herança que o Lula recebeu do Fernando Henrique era uma crise financeira, mas era uma herança bendita porque a taxa de câmbio estava lá em cima.

Era fácil colocar ordem na casa com aquela taxa de câmbio que podia ir apreciando; mas é muito difícil governar começando com a taxa de câmbio lá embaixo. Afinal, Dilma fracassou no seu primeiro governo. Ela fez um esforço grande, percebeu que os problemas fundamentais eram a taxa de câmbio e a taxa de juros; conseguiu reduzir fortemente a taxa de juros, enfrentando o sistema financeiro e os capitalistas rentistas, e conseguiu depreciar em cerca de 20% o real. Mas isto não foi suficiente para levar as empresas a investir. Por outro lado, os preços internacionais das *commodities* exportadas (em particular, soja e minério de ferro) deixaram de subir nos dois primeiros anos de seu governo e caíram verticalmente nos últimos dois anos. Em consequência, além de o país não ter retomado o crescimento, no final do governo Dilma a economia brasileira começou a entrar em recessão.

Empresários, capitalistas e financistas

Para entender o Brasil, é necessário compreender que dentro da classe capitalista existem de um lado os empresários e, de outro, os capitalistas rentistas, inclusive de classe média tradicional, que vivem de juros, aluguéis e dividendos, e os financistas, que administram as riquezas dos rentistas. Entre os empresários é preciso distinguir os nacionais na indústria e nos serviços sofisticados *tradable*, as empresas multinacionais, e as empresas *non tradable*, ou seja, que não participam do comércio internacional, como a de construção civil, de restaurantes, etc. Para o Brasil se desenvolver, terá que haver uma aliança dos trabalhadores e das classes médias tecnoburocráticas associadas ao Estado com os empresários industriais. Essa será uma coalizão de classes ou um pacto político desenvolvimentista, em oposição à coalizão de classes liberal, formada por rentistas, financistas e interesses estrangeiros.

A coalizão de classes desenvolvimentista é compatível com o desenvolvimento econômico, a segunda não. Lula entrou no governo com a intenção de fazer um pacto desenvolvimentista e social. Ele criou o Conselhão, um grande conselho onde havia muitos empresários, além de alguns políticos e de representantes de associações de classe. Várias outras medidas foram tomadas para formar o desejado pacto desenvolvimentista, e em alguns momentos parecia que o pacto estava se formando. Dilma continuou essa política, mas ela não é hábil do ponto de vista político. E não apenas por isso, mas principalmente porque foi derrotada em sua tentativa de baixar juros e depreciar o real. Ela não logrou o apoio dos empresários industriais.

O governo Lula apreciou violentamente o real, mas terminou vitorioso, com uma taxa de crescimento em 2010 de 7,4% do PIB. Quem sofreu as consequências dessa apreciação foi o governo Dilma. Por que não caíram em cima dele as consequências negativas dessa apreciação? Porque o maior crescimento, possibilitado por um boom de commodities, deu origem a um grande mercado interno, mas esse mercado foi, no governo Dilma, capturado pelos importadores de manufaturados. A importação de bens industriais não é como a importação de commodities. Os importadores levam geralmente três anos para organizarem-se. Assim, Dilma, ao iniciar seu governo, recebeu no colo a crise: a indústria brasileira que já perdera o mercado externo devido à sobreapreciação cambial, perdeu também mercado interno.

Havia no governo e entre os economistas desenvolvimentistas populistas uma velha tese: o Brasil deveria crescer voltado para o mercado interno e não para as exportações. Mas isto não faz sentido econômico. Para aumentar o seu mercado interno, o Brasil deve exportar manufaturados a partir de uma taxa de câmbio competitiva ou de equilíbrio industrial. O governo do PT entre 2011 e 2014 foi realmente de centro-esquerda, identificado com os pobres. Não há dúvida sobre isso. No governo Lula, o mercado interno cresceu fortemente graças à sua grande realização: a diminuição da brutal desigualdade existente no país. Um aumento substancial do salário mínimo e a Bolsa Família reduziram a desigualdade de maneira substancial. Não foi bem-sucedido no plano econômico porque não soube administrar a macroeconomia.

Mensalão

No terceiro ano do governo da Dilma, dado que o crescimento não acontecia e que a inflação começava a aumentar, a oposição, que estivera calada, sem discurso, começou então a falar sobre coisas reais: que o PIB do governo era um "pibinho", que a inflação estava voltando. Não bastassem essas críticas, a missão impossível herdada de Lula, o desaquecimento da economia mundial desde 2009 e a queda do preço das *commodities* que então ocorria, surge em 2013 um problema político grave que enfraquecerá o governo: o julgamento do mensalão, no qual são condenados pelo Supremo Tribunal Federal vários dirigentes do PT.

Tudo isso, e mais o simples fato de que o governo, ao deixar o real se apreciar, não garantia uma taxa de lucro minimamente satisfatória, e compreenderemos porque a coalizão de classes desenvolvimentistas pensada por Lula entrou em colapso. Os empresários industriais que são necessariamente a base de um pacto desenvolvimentista voltaram a associar-se a toda a burguesia brasileira rentista e financista, de forma muito parecida a sua associação entre 1964 e 1977. E nesta burguesia, agora unida, surge um clima de ódio, principalmente na classe média e rentista, em relação ao governo do PT e a Dilma. O governo do PT deixava de ser um adversário político para ser um inimigo. Por quê? Porque havia fracassado no plano econômico e porque fora bem-sucedido no plano social; porque tinha demonstrado firmemente uma preferência pelos pobres num país que não crescia. Um país que não cresce, ou cresce muito pouco, associado à preferência pelos pobres, deixa a alta classe média e os ricos em geral extremamente irritados e torna-os mais conservadores. Acabaram desenvolvendo uma coisa muito desagradável que é o ódio. E foi nesse quadro que ocorreram as eleições de outubro de 2014.

Petrobras

Nesse quadro estoura um segundo escândalo, o escândalo da Petrobras, mas ainda assim Dilma foi eleita. Foi eleita pelos pobres. Basta verificar os dados. Foi eleita pelos pobres e pelos pouco instruídos: os bem instruídos e os ricos votaram na oposição. A oposição perdeu, mas a diferença foi pequena. A crise da Petrobras aumentava, com mais revelações; a recessão econômica ficava cada vez mais clara; a inflação subia de 6% para 8%. De repente, no início de 2015, nós vimos a presidente reeleita envolta numa profunda crise. Uma crise política e uma crise econômica.

A crise econômica, definida pela recessão, mas que aconteceu em um momento em que o país não tinha mais munição fiscal para enfrentá-la, porque, ao mesmo tempo, apresentava um déficit em conta-corrente de 4,6% do PIB e um superávit primário que caiu de 1,9% em 2013 para 0,6% do PIB. Uma crise de curto prazo que tinha, por trás, a quase estagnação da economia brasileira desde 1990. Uma crise que marcou o fracasso do desenvolvimentismo populista do PT, como, antes, a crise financeira de 1998-99, no Brasil, e a crise financeira global de 2008 e a Grande Recessão (2009-2014) marcaram o fracasso do liberalismo econômico.

Impeachment

Uma crise política que se definia, principalmente, pela perda de confiança não apenas dos mercados, mas também da sociedade civil. E que se expressou na demanda de *impeachment* da presidente –sem nenhuma base jurídica. Uma crise na qual vemos de volta, como um fantasma, o "udenismo". Houve, entre 1945 e 1964, um partido liberal que se denominava UDN. Representava os cafeicultores e os outros exportadores de *commodities*, a classe média tradicional e rentista e os interesses estrangeiros. Eles perdiam as eleições, mas recorriam a golpes; sempre evidentemente em nome da democracia, porque se diziam muito democráticos. Eles tiveram, afinal, "êxito" quando derrubaram e levaram ao suicídio Getúlio Vargas. No início de 2015, vimos a UDN reaparecer, agora denominada PSDB.

Hoje, o quadro político é complexo. Os novos udenistas voltaram a falar em *impeachment* e em renúncia. Sem qualquer real apoio na sociedade brasileira, sem qualquer base jurídica. Quando eu ouvi um professor da Faculdade de Direito da USP – da escola em que me formei bacharel de Direito – escrever no *Estado de São Paulo* um artigo falando em renúncia, eu fiquei envergonhado. Por ele, que dizia tolices antidemocráticas, mas também por mim, porque quando eu tinha 20 anos, em 1954, e era estudante da Faculdade de Direto do Largo São Francisco, participei de uma manifestação – de uma marcha da faculdade até o palácio dos Campos Elísios –, pedindo a renúncia de Getúlio Vargas, que, hoje não tenho dúvidas, foi o maior estadista que o Brasil teve no século 20.

Diante da firmeza da presidente, que decidiu, contra seu partido, adotar uma firme política de ajuste fiscal, a crise política que é essencialmente de confiança vai aos poucos perdendo força. Mas é difícil prever como serão os próximos anos no Brasil. Como a direita liberal sofreu um grande golpe devido à crise financeira global de 2008, a esquerda desenvolvimentista sofreu uma derrota agora, seja por seus erros de política econômica, seja pela corrupção em que se envolveu o PT – um grande partido de esquerda social-democrático.

Mas tenhamos uma certeza: não haverá golpe no Brasil, porque nossa democracia está consolidada. A teoria que eu desenvolvi – sobre a relação entre a revolução capitalista e a democracia – me diz que num país como o Brasil, que já fez a sua revolução capitalista, que já tem uma grande classe média, a volta da ditadura é praticamente impossível.

A alternativa que nós temos é viver esses próximos quatro anos "sangrando", como disse um político do PSDB. Ou a presidente, aos poucos, recuperar sua capacidade de governar. O que é importante é que nós, brasileiros, não nos metamos a discutir a sucessão presidencial em 2015; ela só deve ser discutida em 2018.

É isso que nós temos que esperar, mas vamos ver. Depende da maturidade, não apenas dos políticos, mas da sociedade brasileira. Quanto a vocês, que estão dedicados à saúde pública, só posso desejar que continuem a lutar pelo SUS, porque o SUS é a vossa – ou a nossa – grande bandeira, é a nossa grande realização.

▪ 11 de março de 2015

MESA REDONDA

Desafios atuais da gestão da saúde

Fernando Monti - Moderador
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

PARA MIM É RAZÃO DE grande satisfação estar presente aqui hoje. Queria cumprimentar os nossos expositores, professora Amélia, professor Gastão, professor Luis Eugenio.

Este evento, especialmente esta mesa que vai tratar de desafios da gestão da saúde, acontece em um momento muito particular no cenário da política brasileira e do setor saúde. Nós temos imensos desafios para enfrentar a respeito da gestão. Nós, os secretários municipais do país, temos sentido cada vez mais dificuldades de conduzir este sistema de saúde em face da maneira como ele está estruturado. Um sistema que se pretende universal e que tem como base de organização a relação interfederativa é, por si só, um desafio gigantesco.

A isso soma-se o desafio que diz respeito ao financiamento. Temos tido muita dificuldade nos processos de gestão e esta é uma oportunidade para tentar indicar caminhos para uma pretensão do Conselho Nacional de Secretariais Municipais de Saúde (Conasems): fazer uma revisita ao nosso pacto federativo e às regras que sustentam o nosso sistema de saúde, para chegar à preservação desse sistema tão importante para a sociedade brasileira.

Uma das grandes questões a responder é: será que o Sistema Único de Saúde (SUS) que imaginamos cabe na cultura política e na correlação de forças que temos na política brasileira?

Acho que essa é a grande questão.

Desafios atuais da gestão da saúde

Amélia Cohn
Membro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

COMEÇO COM UMA citação de Eduardo Galeano[1]: "A justiça, como as serpentes, só morde os descalços". Parece-me que o Sistema Único de Saúde (SUS) está descalço. Para dar conta dos desafios da gestão da saúde, segundo meu vício de formação e trajetória de estudos, proponho a tese de que o problema do SUS não pode ser resolvido dentro do SUS.

O que pode sim ser resolvido dentro do SUS é esse sistema ser capaz de desenvolver instrumentos eficazes de gestão que respondam a um processo social mais amplo.

Retomei os estudos sobre a reforma sanitária brasileira e cheguei a uma constatação: o SUS, em 88, era o príncipe das propostas para a área social; em 2014 transformou-se em um sapo, sem ter uma princesa que lhe tire o alfinete da cabeça. A diferença entre esses dois momentos é que o movimento da reforma sanitária que chegou ao SUS em 1988, que foi pioneiro na área social, enquanto uma proposta mais acabada para democratização social ocorreu no seio de uma efervescência da sociedade em que havia a emergência de novos partidos organizados, de novos setores organizados da sociedade com propostas e concepções diferentes de como avançar nas conquistas sociais. E a proposta do SUS de então se beneficiou dessas contradições. Mas essa proposta, por outro lado, pecou porque centrou-se nos avanços, na organização institucional organizativa do sistema de saúde apoiado pelos setores de ponta mais organizados da sociedade brasileira e relativamente de costas para a sociedade de um modo geral.

Em 89 escrevi um artigo chamado "Caminhos da reforma sanitária" em que eu, então petista, me perguntava: "Por que o Partido Comunista Brasileiro (PCB), vitorioso na Constituição de 88 na área da saúde, dentre outras, não reivindicou para si a liderança desse processo?". Do meu ponto de vista, olhando hoje, é que já se carecia de uma dimensão política para o SUS. Já havia uma ênfase muito grande na proposta organizativa e de financiamento da saúde, que certamente são fundamentais, mas que têm de ser sustentadas pela sociedade.

Papel da sociedade

Bebendo nas águas do Celso Furtado[2], temos que a técnica e o planejamento econômico eram instrumentos da política. Celso Furtado dizia "deixa que a política econômica de desenvolvimento do Nordeste eu equaciono, mas eu estou sustentado na mobilização da sociedade". Ele nunca quis assumir, por si, o papel da sociedade. E este é outro pecado da reforma sanitária, embora com todos os enormes avanços desses últimos 27 anos: nós, partido sanitário, movimento sanitário, nos assumimos como representantes imediatos da sociedade.

Se a reforma sanitária foi bem-sucedida até então, foi porque ela se articulou a um processo mais amplo de luta por uma nova ordem social, concepção social de nação. A reforma da saúde era a reforma da sociedade; e esse é o primeiro ponto. Avançar na saúde hoje não é mais a reforma da sociedade.

Na atual conjuntura econômica e política, vemos que a sociedade não nos auxilia muito na luta por maior financiamento da saúde ou contra o seu crônico subfinanciamento. A Avenida Paulista, localizada ao lado da Fundação Getúlio Vargas, já é o lugar oficial das mobilizações (contra ou a favor do atual governo e da forma como vem tentando gerenciar a crise econômica e política) e, quando vamos convocar a sociedade para apoiar o SUS, constatamos que o problema está na sociedade também e que não se resume em ser um problema só ideológico.

Num dos últimos capítulos da novela Império, um dos atores foi diagnosticado com Alzheimer e uma das mulheres da trama comenta: "Como? Vocês não têm plano de saúde?" "Não. A gente não

1. Eduardo Hughes Galeano jornalista e escritor.
2. Celso Monteiro Furtado economista brasileiro, um dos mais destacados intelectuais do país ao longo do século XX.

tem plano" "Vocês vão ficar dependentes da caridade pública?" Está aí um exemplo contundente de formação de uma representação social de que a saúde como direito não existe. Ela é filantropia, no mau sentido da palavra; ou é mercadoria de consumo. Na novela com maior audiência. E este tipo de imagem é muito frequente em programas de grande audiência.

O problema não se resume no embate "mais Estado menos mercado". O problema na área da saúde é o da articulação perversa entre o público e o privado no setor. O mercado existente é um mercado mal-acostumado com as benesses do Estado. Seja pela isenção de imposto, seja pela facilidade de importação de equipamentos e de tecnologia, seja pelos mecanismos de promoção, criação e ampliação do seu mercado.

Hoje há outra configuração, que é a das organizações sociais, que são responsáveis pela administração pública dos serviços estatais, mas são de direito privado. O Estado está perdendo o controle sobre os serviços próprios de saúde porque não tem capacidade de regular aqueles serviços, dada a maneira pela qual está estruturado. Com isso, está sendo introjetada no interior do setor público estatal da saúde a racionalidade privada, do custo/benefício, do custo efetividade, acompanhada do discurso de que "este é o Estado eficiente; o Estado da administração direta é o Estado ineficiente; é necessário, então, 'empresariar' a gestão do bem público estatal". Com isso fica difícil identificar o que é público e o que é privado na área da saúde.

Perguntas

Uma instituição pública estatal gerida por uma Organização Social de Saúde (OSS) é pública ou é privada? Ela está voltada efetivamente para o acesso universal à saúde como um patrimônio social ou não? O setor filantrópico é lucrativo ou não? Ele está crescentemente buscando mecanismos de mercado para sobreviver. Os setores privados são privados? Eles competem no mercado e correm os seus riscos? Essa é a articulação perversa entre o público e o privado, com uma crescente ambivalência entre ambos. A proposta Temer, de dezembro de 2014, veio embutida numa outra legislação que dizia respeito à importação e exportação de produtos. Ela veio escondida. Por isso estamos descalços. Porque fomos capazes de, com muita coragem, teimosia e criatividade, implementar o SUS, mas implementamos o SUS por meio de "puxadinhos", parafraseando um colega nosso: Programa Mais Médicos [3], programa para adolescentes, Rede Cegonha, etc. Enquanto isso, a essência do próprio SUS está sendo corroída.

Até porque, do meu ponto de vista, gestão não pode ser confundida com gerência. A gestão tem, por meio de sua concepção e proposta, o conteúdo político e social da direção que fornecerei para a gerência, ao buscar meios racionais para atingir determinados fins. Por outro lado, é necessário avaliar a efetividade e a eficácia daquele serviço: se ele realmente cura aqueles indivíduos e trata-os como cidadãos.

Outra questão é se, nos serviços, os fins foram atingidos com os meios mais racionais e econômicos possíveis. Também é necessário considerar se a prestação, a oferta desses serviços está indo na direção da construção da saúde como um direito universal, integral, equânime, um direito enfim. Ou se está indo na direção do consumo, compreendendo saúde como mero consumo de serviços e de ações. Quando falo em gerência e em regionalização, em redes, na área da saúde, é necessário cuidar para que isso não seja mais um "puxadinho", não seja mais um instrumento utilizado para, diante do subfinanciamento, tentar potencializar os parcos recursos direcionados para a área. Como existe o ditado que "em época de farinha pouca, meu pirão primeiro", compreende-se a grande dificuldade atual da gerência cooperativa entre os entes federativos.

Diante da utopia dos anos 80, de fato estamos vivendo uma distopia. Maria da Conceição Tavares [4] já fez um artigo sobre a distopia econômica. No SUS estamos na distopia; e não é de hoje, não estamos propositivos, estamos reativos e, cada vez mais, engolindo, goela abaixo, o sapo da segmentação e fragmentação do sistema de saúde e da sociedade.

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. Maria da Conceição de Almeida Tavares, economista, professora-titular da Universidade Estadual de Campinas e professora-emérita da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Minha pergunta é: nessa sociedade tão pulverizada e desorganizada, existem forças políticas capazes de apresentar novas utopias e demandas sociais? Quais as lideranças que podem hoje organizar e liderar uma resistência? Não é só em defesa do SUS, é uma resistência de defesa de um projeto de nação e de uma sociedade democrática e mais justa. E, aí sim, a saúde e o SUS poderiam associar-se a esse movimento mais amplo. Talvez esse devesse ser o nosso sapato...

Desafios atuais da gestão da saúde

Gastão Wagner de Sousa Campos
Professor titular da Universidade Estadual de Campinas

NAS PRIMEIRAS AULAS sobre planejamento estratégico, aprende-se que "a política é mais importante e a vida também, mas planejamento ajudará bastante".

Além disso, trata-se de uma tese que envolve muitas perguntas, dúvidas, incertezas, parecida com o que a professora Amélia Cohn nos apresentou: a saída para a crise do Sistema Único de Saúde (SUS) está articulada à valorização, à revitalização das políticas sociais, das políticas públicas; está associada a articular, à gestão pública, a políticas públicas, a valores públicos? No século XX ocorreu a falência dos sistemas socialistas totalitários (se é que isso existia), o fim do sistema em que se pensava que o público era equivalente ao Estado.

A humanidade experimenta ao longo do século XXI, já no terceiro milênio, lutas sociais por direitos, com a intervenção do Estado e sem ela. Nas últimas décadas, houve a construção de sistemas públicos com influência estatal muito grande, como a educação pública e a saúde, particularmente na Europa, mas também ocorreram lutas sociais que mudaram costumes, padrões, 1968 em relação à sexualidade, aos direitos da mulher, a luta contra o racismo... Enfim, podemos considerar tudo isto como o início destas lutas por direitos sociais e civis.

O desafio contemporâneo é reconstruir um movimento social, atores sociais, com um projeto que, em parte, está aí, mas em parte tem de ser redefinido, reconstruído, do direito à saúde dentro do espectro de valorização de política pública. Não se verificam no horizonte sistemas globais fora do mercado, mas as políticas públicas têm funcionado como fator civilizatório, porque põem limite à ganância, à desagregação do ambiente da natureza e das relações humanas quando a racionalidade do mercado não encontra limites externos.

O extremismo do empreendedorismo do mercado nos tem levado, sem políticas públicas, sem capacidade de gestão pública das cidades, da educação, da saúde, para o lodo, para o pântano. Não há saída e isso não se limita ao Brasil, fora da constituição de políticas públicas. Piketty [1], com os seus dados sobre concentração de renda, mostra que 1% dos seres humanos têm grande parcela da renda. Parte significativa do imposto arrecadado no Brasil vai para os rentistas.

A partir de 2008, parte do imposto arrecadado na Europa passou a ir para os rentistas conforme foi imposto pelo Banco Mundial, pela trilate-

1. Thomas Piketty, economista francês autor do livro "O Capital no século XXI".

ral da União Europeia. Quando falta dinheiro para o bem-estar, de quem é necessário cortar? Dos "velhinhos", da saúde, do salário do servidor público? Este é o contexto, esta é a briga que deve ser feita. Não há saída, se não houver responsabilidade para com as próximas gerações. Temos de reconstruir as políticas públicas, fortalecer a gestão pública, articuladas com o controle da sociedade civil. Em relação às políticas públicas como um todo e, especificamente em relação à saúde no Brasil, não é correto falar em começar de novo porque já existe, apesar de toda a crise, o SUS; há um ativismo impressionante, a criação de diversas iniciativas, em defesa do SUS. É necessário reconstruir esse movimento social, o que passa pela disputa cultural, de valores.

Gestão e política

Cabe fazer uma crítica muito séria à concepção dominante, hegemônica, sobre a gestão, de pensar a gestão apenas ou principalmente como científica e técnica, particularmente a gestão pública é política. A gestão é um meio para favorecer a implementação de valores e de interesses. A gestão é a continuidade da política por outros meios: continua a luta de classe, continua a luta de interesses, continua a luta entre valores. Direito à saúde é um valor. Equidade e solidariedade são valores. Segundo estes valores, cabe colocar limites na competição, na luta entre seres humanos.

Essa reconstrução do projeto da reforma sanitária passa por uma crítica, mas também pelo desenho de uma proposta de construção na área de políticas públicas, antagônico às antipolíticas públicas. As chamadas reformas contemporâneas são antirreformas, são reformas de flexibilização, de reengenharia, de mercantilização, de terceirização, de Estado mínimo. São contrarreformas e então é necessária uma contracorrente em relação a isso.

Essa corrente dominante da gestão pública, da antipolítica pública, promove valores de favorecimento do mais apto (usando a expressão de Darwin[2]), do mais forte, a racionalidade dos negócios como forma de existência geral. A consequência é que não só as empresas privadas e públicas, as organizações privadas e públicas, mas as famílias, as vidas pessoais de cada um de nós passam pela preparação para a arena; todos são gladiadores, piratas, empreendedores que transformam "o outro" em inimigo, em uma pessoa a ser derrotada.

Aparecem em programas de rádio críticas fortíssimas ao trabalhador solidário. Note-se que passaram a denominar o trabalhador de "colaborador", o que é hipocrisia. Criticam-se profissionais tolerantes, pacíficos, tranquilos. O profissional tem de ser ambicioso, tem de ir à luta até o limite da legalidade. Citando *ipsis litteris*, no limite da legalidade, porque se ultrapassar este limite pode vir o Ministério Público ou alguém. Qual o limite da legalidade no cotidiano? O que é vencer? A vitória é medida pelo dinheiro, que se tornou a equivalência universal. Vencer é dinheiro. Quem tem mais dinheiro, a carreira que ganha mais, acumula mais poder, será a melhor. A China está vencendo porque está ganhando mais.

Nova proposta de gestão pública

A proposta é de uma crítica à situação atual, acompanhada da construção de uma nova proposta de política pública, de gestão pública. As propostas existem, mas no século XX as esquerdas, a social-democracia, os comunistas, os católicos de esquerda, as teologias da libertação, todos ficaram devendo para a humanidade a construção de um modelo de gestão que protegesse as políticas públicas, as organizações públicas e a rede pública, do patrimonialismo, da nomenclatura, da burocratização, da construção de iniquidade e do controle social das pessoas.

O socialismo real caiu por isso, pela grande fraqueza das políticas públicas, mesmo com todas as vitórias do estado de bem-estar social. É necessário reconstruir, pensar o modelo de gestão, o modelo de organização. No caso da saúde, não se avançou o suficiente no modelo de gestão. O professor de Direito da FGV, Carlos Ari Sundfeld, tem uma tese de que, desde a Constituinte, desde o fim da ditadura, a administração pública tem sido engessada, o que foi ineficaz para defender a sociedade da corrupção, do patrimonialismo, do clientelismo, e tornou impossível a gestão pública. A maior parte dos intelectuais, inclusive da área de saúde coletiva, ao reconhecerem esse emperramento, essa inefetividade, essa ineficácia da administração pública, tem proposto trazer a lógica dos negócios para dentro da administração pública, através de privatização direta, de terceirização, das organiza-

2. Charles Darwin, naturalista inglês, desenvolveu uma teoria evolutiva que é a base da moderna teoria sintética: a teoria da seleção natural.

ções sociais, de parcerias público-privadas, que de público têm cada vez menos. É a lógica do darwinismo vista como uma forma de conseguir não só eficiência, mas eficácia, efetividade, qualidade.

A consequência disso é a desconstrução das políticas públicas, é a desconstrução dessa função civilizatória contemporânea. Qual é a capacidade de gestão urbana que temos em São Paulo, na cidade do México, nas cidades indianas? Com o surgimento da terceirização da gestão dos presídios, na Inglaterra, na Escócia, pesquisadores mediram e chegaram à conclusão de que vários presídios se tornaram campos de concentração ao estilo nazista. Com a lógica das Organizações Sociais (OS), de contrato de gestão e de atingimento de metas, perde-se efetividade.

Assim, são necessárias duas estratégias de mudança para a saúde em geral. Uma delas é macro: a valorização da ideia de política pública, de direitos, de equidade, de revalorização do ser humano, de limitar a competição e o mercado, de defender o ambiente, o planeta, o lazer e colocar as pessoas no centro do modelo. Simultaneamente deve ocorrer uma luta estrutural legal, por fazer, por avançar, por terminar a reforma sanitária de maneira a haver propostas de reorganização macro da relação interfederativa que está fazendo água, de políticas de pesquisa.

Num prazo realista, essas mudanças vão ocorrer de forma mais incremental ao longo dos próximos 30 anos? Há urbanistas que dizem que não há mais urbanismo no Brasil, justificando a ida para o Canadá, para a Nova Zelândia, para a Austrália, onde há social-democracia, onde se pensa cidades. Agora é o caso de pensar globalmente e agir localmente; deve ser feito um movimento de valorização de jovens. O movimento social que não se reproduz por jovens está perdido. E nós estamos nos reproduzindo; apesar do confronto da luta pela hegemonia entre várias visões de cultura, a quantidade de trabalhadores que tem pensamento público é muito grande. Ainda que não seja suficiente, é muito grande.

Atenção ao bem-estar

Ao mesmo tempo, é preciso uma luta no cotidiano, para mudar as coisas e as pessoas, na medida do possível e do necessário, com o referencial global, de política pública, de gestão pública. Cada atividade da reforma psiquiátrica, dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e das tentativas de gestão participativa são esforços nesse sentido. Boaventura Santos[3] tem uma frase interessante: "Não conseguimos tudo, mas o que conseguimos na luta pelo bem-estar é muito importante". Está havendo um retrocesso em uma série de conquistas do bem-estar, de cidadania, de democratização, mas foi possível salvar milhares de pessoas com o que foi alcançado. Tornou-se melhor a vida de milhares de pessoas.

O "complexo de vira-lata" de Nelson Rodrigues[4] revela-se quando pensamos em gestão. As principais novidades dos últimos 50 anos, as principais inovações tecnológicas e organizacionais foram produzidas, geradas, estudadas nos sistemas nacionais públicos de saúde do direito universal. Quem inventou a atenção primária? Quem inventou integrar a prevenção com a promoção e com a clínica? Quem inventou rede de saúde? Quem mudou o papel está mudando também no setor privado o papel dos hospitais? Quem reposicionou a saúde em outro lugar? Quem está mudando a cara dos ambulatórios para centros de referência, para trabalho multiprofissional, para centro dinâmico? Quem ampliou os *settings* onde as pessoas são atendidas? Sempre foi o setor público.

De onde vem a crítica à medicalização ou pensar o direito à saúde não como consumismo. A internação no setor privado brasileiro custa em média várias vezes mais do que no SUS. Quanto custa para a saúde suplementar e privada (cooperativas médicas e odontológicas e outros modelos), cuidar de 25% da população brasileira? 54% do gasto brasileiro. Quanto custam para o SUS os outros 75% e ainda um pedaço dos 25%? Menos. Quanto custa cuidar de hipertenso, diabético, no Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS)? E quanto custa na fragmentada rede norte-americana? Quatro, cinco vezes mais. Qual a esperança de vida de hipertenso na Inglaterra? Se for menor aí não vale. É maior ou igual. Existe uma cultura na saúde de política pública e de gestão pública muito forte; o discurso, no Brasil, é que é inviável.

No terceiro milênio, essa cultura não tem sido suficiente, particularmente no Brasil. Como combinar

3. Boaventura de Sousa Santos, Professor Titular da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

4. "Complexo de vira-lata" é uma expressão criada pelo dramaturgo e escritor brasileiro Nelson Rodrigues que se refere à inferioridade em que o brasileiro se coloca, voluntariamente, em face do resto do mundo.

Eu defendo uma reforma política que não abranja apenas o aspecto eleitoral ou o financiamento de campanhas, mas que seja uma reforma política das relações do poder do Estado brasileiro; que crie um espaço de políticas, como é no SUS que está na Constituição; da educação, que sejam políticas da Nação, que tenham continuidade de um governo para o outro.

autonomia das organizações com a constituição de rede, de sistema? Como combinar a autonomia das equipes com responsabilidade pelo paciente, pelo território, pela necessidade de saúde? O trabalho em saúde é muito complexo. Há uma cultura dominante, que valoriza o setor privado. O complexo de vira-lata está acometendo também a Inglaterra e a Espanha. O discurso de que as organizações devem ser autônomas, por exemplo o hospital. Neste caso como integrá-lo em rede, em sistema, com a atenção básica?

"Chibata neomoderna"

Não é fácil a coexistência entre rede e autonomia. Do hospital, da unidade básica de saúde, do serviço de Aids. Há saídas neoliberais contemporâneas, gerenciais, gerencialistas, em relação aos profissionais, trabalhadores e equipes. É o mínimo controle possível, usando a chibata neomoderna, da qualidade total, das metas, da prisão da avaliação, da avaliação como opressão, gerando um constrangimento que liquida as possibilidades da clínica.

É necessário combinar padronização com singularização, com iniciativa. A partir dessas diretrizes, dessa crítica, deve ser revalorizada a tradição dos sistemas nacionais de saúde, pois há evidências de que rede é o melhor modelo. Rede com atenção primária, resolutiva, prevenção e clínica; novo ambulatório como centros de referência, multiprofissional; novo papel do hospital, redefinição, muita promoção, muito autocuidado, compartilhamento de responsabilidades.

Além do patrimonialismo típico do Brasil, escolhemos um modelo, ou fomos caindo num modelo, de organização e de gestão que encontrou o seu limite por várias razões, em função da fragmentação interfederativa. A organização dos sistemas públicos de saúde em todo o mundo são regiões de saúde; 2 milhões de pessoas, 4 milhões de pessoas, são redes integrais, não sendo necessário fragmentar até cada componente menor.

O SUS no Brasil começa sobre uma base de expansão da atenção pública da previdência, numa relação público-privada muito antes das OS. 65% da rede hospitalar brasileira é privada, filantrópica, utilizada pelo SUS. Isso leva a uma fragmentação bastante grande. No SUS, na gestão pública brasileira, ocorre uma dominação, uma hegemonia da lógica do Poder Executivo em conluio, obrigada a fazer o presidencialismo de alianças, nas prefeituras com os vereadores, no Estado com as assembleias legislativas, em Brasília com o Congresso.

SUS Brasil

É necessário inventar um quarto poder representado pelos trabalhadores, pela sociedade e pelos usuários. Eu defendo que o sistema público de educação, de saúde, tenha um grau de autonomia e ao mesmo tempo de controle de cogestão muito maior do que tem hoje. Talvez seja o caso de transformar o SUS numa autarquia pública, um SUS Brasil. Não é para eliminar weberianamente[5] a política, pelo contrário. É para trazer uma política centrada na discussão de necessidades de saúde. O que é medicalização, o que é consumismo, o que é necessidade de saúde ou poder do médico? Por que o médico ganha mais? Só se interfere nisso fazendo política.

Eu defendo uma reforma política que não abranja apenas o aspecto eleitoral ou o financiamento de campanhas, mas que seja uma reforma política das relações do poder do Estado brasileiro;

5. Max Weber foi um dos mais celebres pensadores das ciências humanas, foi um construtor do saber transdisciplinar escrevendo obras que perpassam diversos campos da economia, história, educação, política e sociologia.

que crie um espaço de políticas, como é no SUS que está na Constituição; da educação, que sejam políticas da Nação, que tenham continuidade de um governo para o outro. Eu defendo que essa autarquia do SUS seja tripartite, que seu conselho não seja como o conselho da Petrobras, mas seja o Conselho Nacional de Saúde; que o conselho executivo seja tripartite; que esse sistema nacional público de saúde, o SUS Brasil, tenha um grau de autonomia maior dos governos de plantão em cada época.

Que tenha base regional, que as regiões de saúde tenham conselhos regionais de saúde assemelhados ao nacional. Que o Poder Executivo envolva os secretários municipais "eleitos", que indiquem um secretário-regional, de maneira a garantir um Poder Executivo regional, no qual ocorra grande parte do planejamento e da avaliação; que grande parte do orçamento do SUS Brasil esteja nas regiões. Algumas coisas devem ser nacionais, como as políticas de medicamento, de fármacos, entre outras.

Para conseguir financiamento é necessário fazer uma proposta que valha a pena. Junto com o SUS Brasil, queremos saúde da família ou algo parecido com o modelo, para 80% dos brasileiros. Queremos dobrar a capacidade instalada. Queremos ter hospitais regionais públicos onde eles não existam. A autarquia deve diminuir o grau de fragmentação não só interfederativo, mas absorver todas as OS.

Existe um tema estratégico do qual esse pensamento antigestão pública, em nome da gestão contemporânea, nos levou a descuidar muito. A política de pessoal tem de ser repensada, apesar da resistência dos representantes do corporativismo. Os municípios sozinhos não têm dinheiro, capacidade técnica, poder político de enquadramento, como fartamente demostram o Mais Médicos[6] e a epidemia de dengue.

O SUS Brasil deveria começar a partir de uma política de pessoal viabilizada por fundos autárquicos nacionais com contribuição municipal, estadual e federal, com concursos pelo menos estaduais e que pensasse nas necessidades de saúde e nos direitos dos trabalhadores. Afinal, trabalhador também é gente. Trabalhador também tem de ser considerado, trabalhador também tem de ter direito à busca da felicidade.

Eu penso em criar carreiras interprofissionais por áreas de intervenção do SUS. Uma carreira interprofissional para atenção básica, outra para área hospitalar, especialidades; outra para área de saúde coletiva, vigilância à saúde, promoção à saúde, (tudo isso como uma área só). Outra para apoio administrativo-financeiro e a Fundação Getúlio Vargas pode ajudar muito a gente a formar administradores, financistas, para trabalhar na administração pública.

Podemos ter propostas intermediárias para que nenhum cargo de gestão de serviço de saúde, exceto os cargos de ministro e secretário, seja de livre provimento do Poder Executivo, mas sim sejam cargos de seleção interna, de concurso público. Campinas, em alguma medida, experimenta isso desde 1992. O provimento de gestores lá é por uma banca, os usuários participam, há prova prática, análise de currículo. O gestor e o controle social demitem o gestor que não tem competência, mas entra outro da fila, não um desconhecido.

É necessário colocar limites nesse bando de tecnocratas e de burocratas, de medicalizadores. Isso levou grande dano à população. A lógica do PMAQ, projeto de avaliação da atenção básica, tem mil indicadores de estrutura, 70 de processos e 30 de resultados, e leva a pagamentos por desempenho em política pública: o povo precisa, na região, da equipe que recebe menos. É a lógica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Fundação do Ministério da Educação (MEC). Como ela começa a selecionar pelos mais aptos, concentra recursos na Universidade de Campinas (Unicamp) e na Universidade de São Paulo (USP), enquanto Mato Grosso, Amazonas e a periferia ficam com menos. Na política pública é necessário receber apoio, no sentido de identificar porque as metas não estão sendo atingidas: falta de dinheiro? Falta de gestão? Falta de controle dos médicos? Relação conflituosa com os usuários? Como será possível conseguir apoiar os de desempenho mais baixo?

A lógica da avaliação deve ser participativa desde o planejamento, não para distribuir recursos conforme o desempenho, conforme a qualidade. Essa é a lógica do mercado. Nas políticas públicas isso não serve. A política pública é para defender os menos aptos.

6. 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.

Desafios atuais da gestão da saúde

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza
Coordenador do Programa de Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia; atualmente é professor da UFBA.

O DEBATE SOBRE A GESTÃO da saúde no Brasil faz-me pensar em primeiro lugar na expressão gestão e, obviamente, gestão é um termo bastante amplo. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 01/2001 fez uma distinção entre gestão e gerência.

O debate sobre a gestão da saúde no Brasil faz-me pensar em primeiro lugar na expressão gestão e, obviamente, gestão é um termo bastante amplo. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 01/2001 fez uma distinção entre gestão e gerência. Gestão refere-se à condução de sistemas e, nesse caso, os gestores são os ministros, os secretários estaduais e municipais de saúde; gerência é a direção dos estabelecimentos ou serviços e, nesse caso, os gerentes são os diretores. Eu prefiro a sistematização da expressão gestão ou gerência em três níveis e três dimensões. Gestão é mais do que um termo com uma definição precisa; é um termo paradigmático, que contém um conjunto de diferentes dimensões e de níveis.

As dimensões da gestão da saúde são três: a dimensão política, que se refere à sustentação social e à viabilização institucional de um projeto sanitário, que pode ser o Sistema Único de Saúde (SUS) ou pode ser um outro projeto. Há uma dimensão técnica, que no caso da saúde é dada pelo conhecimento técnico científico e pelo saber fazer dos profissionais que trabalham na condução das organizações de saúde, nos diversos níveis. É essa dimensão técnica que dá especificidade à gestão de cada área, inclusive a da saúde. Finalmente, há uma dimensão administrativa, que se refere particularmente a três aspectos da condução das organizações: a política de pessoal, o financiamento e a provisão de insumos materiais.

Essas três dimensões são desempenhadas em três níveis: um nível que podemos chamar da macrogestão, que se refere à condução dos sistemas. Então, podemos falar da gestão do SUS, da gestão de um sistema nacional de saúde, do sistema municipal ou estadual de saúde. Podemos também falar de uma dimensão intermediária, da mesogestão, que se refere à condução das organizações, lembrando que os sistemas são compostos de distintas organizações. Um secretário de saúde tem de conduzir o sistema municipal, mas também tem de gerir a sua secretaria de saúde, além dos hospitais, das unidades básicas de saúde, das unidades de apoio diagnóstico. Todas são organizações que têm uma especificidade, que compõem o sistema (o sistema é mais que a soma das organizações), mas são essas organizações que requerem uma atenção específica do gestor ou do gerente.

Finalmente, temos a microgestão, o nível micro da gestão, que se refere à organização dos processos de trabalho. É aqui que o usuário, o paciente, a pessoa que recorre ao serviço de saúde, ou que é buscada pelo serviço de saúde, encontra o profissional, encontra o trabalhador que vai prestar o cuidado. No cruzamento dessa matriz, entre as dimensões e os níveis, nós temos o conteúdo da gestão da saúde, ou seja, aquelas questões efetivamente enfrentadas, debatidas e realizadas pelos profissionais de saúde, pelos gestores da saúde e que são estudadas e discutidas pelos pesquisadores, pelos professores e estudantes da área da saúde.

Valores em debate

No nível macro da dimensão política está todo o debate sobre os valores e os princípios que vão reger um sistema de saúde. Obviamente, há um debate dentro da sociedade sobre que valores vão predominar. A Constituição Federal de 1988 foi uma janela de oportunidades que se abriu e que se fechou muito rapidamente; foi uma conjuntura favorável à ideia de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. O movimento da reforma sanitária estava em sintonia, naquele momento, com o processo de democratização da sociedade. O objetivo era conseguir inserir na Constituição a ideia de que saúde é um direito. A materialização e a concretiza-

ção desse direito são uma luta contínua desde que se conseguiu essa vitória; o direito não está efetivamente garantido e nunca estará plenamente ou indefinidamente garantido.

A garantia do direito à saúde é uma luta contínua, que nesse momento parece viver uma conjuntura de dificuldades. Já tivemos momentos mais felizes, nesse sentido. Existem, claramente, na nossa sociedade, outros valores, outras concepções, por exemplo, da saúde como mercadoria, da saúde como bem que se pode comprar no mercado e que é responsabilidade individual. Cada um deve ter o seu plano, ainda que se limite ao acesso a serviços curativos. São valores que constituem o debate da gestão no nível macro da dimensão política.

A questão do acesso e da qualidade do serviço é outro debate que se faz; se será garantido o acesso universal, a igualdade para todos, se são as necessidades ou a capacidade de pagamento que determinarão o acesso a que tipo de serviço. Um terceiro elemento estruturante dessa dimensão política no nível macro refere-se à coordenação institucional. Para gerir o sistema de saúde, precisamos necessariamente de um conjunto de instituições que se colocam não apenas dentro da mesma esfera de governo (não se pode pensar só no Ministério da Saúde, pois há ainda o Ministério do Planejamento, o Ministério do Desenvolvimento Social) como também nas diferentes esferas de gestão (municipal, estadual e federal). Há necessidade de coordenação institucional para que a gestão da saúde se efetive.

No nível intermediário, meso, da dimensão política, o debate faz-se em torno dos modelos de gestão de serviços de saúde. A diversidade de experiências que ocorre no Brasil expressa a complexidade da relação entre o setor público e o privado, em que há cada vez maiores dificuldades em estabelecer as fronteiras entre o público e privado. Todos os modelos de Organizações Sociais (OS), de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) de Parceria Público-Privada (PPP), de fundação estatal, têm por trás uma discussão sobre o modelo geral de organização, que se aplica tanto no setor público como no setor privado: os modelos patrimonialistas, burocráticos ou gerenciais de administração.

O modelo patrimonialista é aquele em que os interesses dos donos do poder e das elites dominantes acabam predominando e o público é tratado como extensão da propriedade privada, da esfera privada dos detentores do poder. A burocracia é o modelo que enfatiza o controle por meio das normas, das regras, dos procedimentos. O gerencialismo tenta estimular o controle da gestão com base na verificação da produção de resultados.

Autonomia dos profissionais

Finalmente, no nível micro da dimensão política, aparece a questão da autonomia profissional. Em alguns setores, entre eles a saúde, a produção de serviços depende de profissionais que necessitam de autonomia para desempenharem suas funções de modo efetivo. Nenhum diretor de serviço nem nenhum proprietário de clínica pode ou deve determinar aos profissionais de saúde a conduta a ser adotada no enfrentamento, no tratamento, na prevenção de qualquer doença. Isto refere-se ao profissionalismo, esse poder que os profissionais adquiriram da sociedade, essa delegação de poder da sociedade para que possam agir de acordo com os interesses dos seus pacientes, dos usuários dos serviços.

É comum dizer-se que mais da metade dos gastos de um hospital decorre não da decisão de um gestor, mas dos profissionais que indicam os mais diversos tratamentos. E são vários os profissionais envolvidos, o que põe em questão os mecanismos de coordenação dos trabalhos, como um grande desafio para o gestor. Fundamentalmente, de acordo com Mintzberg[1], o mecanismo de coordenação mais utilizado nas organizações de saúde é a padronização de competências, o que garante a autonomia dos profissionais, mas, certamente, não é suficiente para atender a todas as necessidades de coordenação que tem qualquer sistema, qualquer organização de saúde. Na sua dimensão técnica, no nível macro, a gestão da saúde tem como debate central a questão da racionalidade e da consistência técnica: (a) do sistema de saúde; (b) dos programas de saúde; e (c) da organização dos processos de trabalho.

A questão passa a ser em que medida as políticas e os programas de saúde estão efetivamente respondendo a problemas de saúde bem descritos, bem identificados e apresentam alternativas e estratégias de enfrentamento coerentes com essa identificação. Entre outros temas, esse debate trata da relação entre eficiência e equidade, que aponta

1. Henry Mintzberg é um renomado acadêmico e autor de diversos livros na área de administração.

a existência de *trade-off* [2], de perda de eficiência, quando se busca equidade, e vice-versa. Também trata da centralização e da descentralização: em que medida os sistemas devem ser mais centralizados, mais descentralizados e, no caso do Brasil, a municipalização, a regionalização, um debate importantíssimo, atualíssimo.

No nível meso da dimensão técnica, no nível intermediário, a grande discussão refere-se a como se formulam as estratégias organizacionais e, mais fortemente no setor público, como se desenvolve o processo de institucionalização do planejamento e da avaliação de saúde. São esses componentes da dimensão técnica no nível meso que vão garantir a eficiência e a efetividade das organizações.

A Constituição garante a saúde como direito de todos, mas, ao mesmo tempo, garante a livre iniciativa na assistência à saúde. Isto é um paradoxo ético e legal também, pois na Constituição há os dois valores que se encontram em debate na sociedade.

Finalmente, no nível micro da dimensão técnica, há a questão do papel do sanitarista ou do planejador ou do estrategista, que pode ser visto como aquela pessoa ou aquele setor que vai ser responsável por delinear os processos de trabalho e fazer com que os diversos trabalhadores, profissionais de saúde, atuem de modo coordenado.

Temos aqui, nesse nível micro, os problemas do profissionalismo: a autonomia, se por um lado é condição necessária para um bom desempenho profissional, por outro lado gera problemas de coordenação, de resistência à inovação e, sobretudo, de descompromisso dos profissionais para com a organização. Os profissionais de saúde são, principalmente, comprometidos com sua própria profissão, mas não podem deixar de comprometer-se com a organização em que atuam.

Na dimensão administrativa temos, no nível macro, a discussão sobre a política de pessoal: se está orientada fundamentalmente ao atendimento das necessidades ou se obedece a outros objetivos como a realização do lucro. Temos também a questão do financiamento nas duas dimensões, do *funding* e do *financing*, ou seja, das receitas e formas de arrecadação e da alocação das despesas. E temos ainda a questão da provisão de insumos: se é melhor internalizar a produção para provisão desses insumos ou se é melhor adquiri-los externamente, através do mercado.

No nível intermediário, da mesogestão, na dimensão administrativa, existe a discussão sobre os tipos de vínculo empregatício: na área da saúde vivemos uma multiplicidade, uma diversidade enorme de tipos de vínculo, às vezes convivendo na mesma organização. Discute-se também o grau de autonomia financeira da organização. O baixo grau de autonomia para aplicação dos recursos financeiros é um problema comum em muitos serviços de saúde. Há ainda o debate sobre a gestão dos recursos materiais, do mat/med (materiais e medicamentos), de todos os insumos que são necessárias para a execução dos serviços de saúde.

Finalmente, na dimensão administrativa no seu nível micro, discute-se o conteúdo da gestão referente à existência ou não de mecanismos de avaliação do desempenho profissional, a questão da expertise para fazer a gestão financeira e a definição dos fluxos dos processos administrativos das decisões que os gestores têm de tomar. É comum a indefinição ou a complicação de fluxos maldefinidos, os fluxos que não fluem efetivamente.

Atuais desafios

Adotando essa matriz conceitual das dimensões e dos níveis da gestão, quais os desafios da gestão da saúde no Brasil, hoje?

Se for tomada a dimensão política da macrogestão, a primeira coisa que salta aos olhos são as conquistas e os paradoxos éticos legais no Brasil. A Constituição garante a saúde como direito de todos, mas, ao mesmo tempo, garante a livre iniciativa na assistência à saúde. Isto é um paradoxo ético e legal

2. *Trade-off* é uma expressão que define uma situação em que há conflito de escolha. Ele se caracteriza em uma ação econômica que visa à resolução de problema mas acarreta outro, obrigando uma escolha.

também, pois na Constituição há os dois valores que se encontram em debate na sociedade.

Tivemos, ao longo desses 26 anos de criação do SUS, um forte processo de expansão da oferta de serviços, tanto na rede pública quanto na rede privada e, portanto, a segmentação do sistema de saúde. Nunca tivemos um sistema único de saúde; está cada vez mais claro que o nosso sistema é segmentado e vivemos um momento de consolidação dessa segmentação. Há agora uma lei que autoriza a participação do capital estrangeiro na assistência à saúde; tramita uma nova Proposta de Ementa à Constituição (PEC) que quer incluir como direito dos trabalhadores a concessão de planos de saúde pelos empregadores. Enfim, está em curso uma série de medidas que tendem a reforçar e a consolidar um sistema segmentado no país.

Temos ainda a questão da desigualdade no acesso: mesmo com a expansão, ainda temos a manutenção de graus de desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços. Há o problema da insuficiência de coordenação institucional que é muito clara, na relação dos municípios com os Estados e com a União, sendo necessário ressaltar as forças e as fragilidades do controle social e da sociedade civil. Obviamente, o controle social teve um papel muito destacado no início da construção do SUS, mas fragilizou-se bastante ao longo desse processo, chegando ao ponto de as instâncias intergestoras como a Comissão Intergestores Bipartites (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartites (CIT) terem, desde meados dos anos 90, talvez, um papel muito mais ativo na condução do sistema do que os próprios conselhos e as próprias conferências estaduais e nacionais. No entanto, a sociedade move-se e, de 2013 para cá pelo menos, percebemos que a sociedade está questionando o sistema. O SUS entrou na pauta inclusive das grandes centrais sindicais que até então não incluíam a saúde na sua pauta de reinvindicações enquanto SUS, incluíam enquanto a reivindicação de planos de saúde.

Examinando a dimensão política no nível meso, vemos hoje uma multiplicidade de modelos e de experiências de gestão que precisam ser melhor analisados do ponto de vista científico: as suas contribuições para a equidade, a eficiência, a melhoria do acesso, a melhoria da qualidade. Por um lado, há problemas de ineficiência burocrática muito grandes. Todos os gestores que têm experiência em saúde sofrem com isso e reconhecem isso, inclusive a população que se queixa das dificuldades burocráticas de todo o sistema de saúde.

Por outro lado, há experiências de gerencialismo, mais no setor privado, que se revelam limitadas e amadoras. É necessário encontrar um equilíbrio entre as normas e as regras que garantem um funcionamento democrático da sociedade e as práticas gerencialistas que enfatizam o alcance dos resultados. Ainda há resquícios do patrimonialismo: assistimos à disputa de cargos do Ministério da Saúde e de todo o governo e a paralisia do governo na expectativa de quem vai ser o presidente da Câmara de Deputados. Há uma exacerbação, ou pelo menos uma explicitação dessas práticas de ocupação de cargos, em que os critérios técnicos são absolutamente negligenciados.

No nível da microgestão da dimensão política, presenciamos a hipervalorização do profissional médico na condução dos processos de trabalho de saúde e uma fragilidade do trabalho em equipe. Na dimensão técnica, analisando a situação do sistema nacional de saúde hoje, vemos a disputa entre uma racionalidade técnico-sanitária e uma racionalidade político-partidária. O Ministério da Saúde conseguiu, ao longo da história, desde que foi criado, preservar nas diferentes conjunturas políticas um núcleo duro com um grau de racionalidade técnica importante. E a racionalidade político-partidária sempre esteve presente. A questão que se coloca é o equilíbrio entre esses dois tipos de racionalidade, no sentido de que a racionalidade político-partidária não comprometa o desempenho técnico das organizações.

De modo similar, vemos a questão da equidade e da eficiência. A equidade é uma preocupação maior do setor público. O setor privado prioriza a eficiência e as alternativas de modelo de gestão buscam encontrar um ponto de equilíbrio entre esses dois valores.

Comando único em disputa

No caso do nível da macrogestão da dimensão técnica, é preciso mencionar a insuficiência dos mecanismos de coordenação federativa. O comando único em cada esfera de governo foi criado para superar a divisão entre o Ministério da Previdência e o Ministério da Saúde na condução do sistema de saúde, mas hoje significa uma disputa entre municípios, Estados e União pela direção do sistema, como se houvesse um comando único municipal. Então, deixou de ser o comando único da saúde. Ao mesmo tempo, o Mi-

nistério da Saúde e os Estados acabaram abstendo-se da responsabilidade pelas políticas de pessoal e pela execução das ações de saúde, favorecendo essa ideia equivocada de um comando único entre as esferas de governo.

A gestão da saúde é de enorme complexidade. Atualmente, estamos assistindo à consolidação de um sistema de saúde segmentado, o que não só compromete a equidade, como dificulta a possibilidade de ter uma gestão eficiente.

Ainda na macrogestão da dimensão técnica, há o problema da fragilidade da regulação do setor privado. Na verdade, é mais do que uma fragilidade, é um processo de captura da agência de regulação (no caso a ANS) pelo setor regulado. Então, ocorre uma antirregulação.

No nível da mesogestão da dimensão técnica, temos, por um lado, um aspecto positivo, que é o investimento na formulação de estratégias. Todas as organizações de saúde, tanto do setor público como do setor privado, têm feito investimentos na formulação e na discussão das suas estratégias, mas, por outro lado, observa-se um processo de intermitência das práticas de planejamento e avaliação. Há algum tempo falava-se do PlanejaSUS[3], que acabou, deixou de existir. Depois, falou-se no Mais Saúde[4], no Coap[5]. Enfim, há um movimento de tentativas e erros do processo de institucionalização do planejamento e da avaliação.

Finalmente, no nível da microgestão da dimensão técnica, há os problemas da falta ou da insuficiência de coordenação entre as áreas técnicas das organizações, nas secretarias, no Ministério da Saúde, em hospitais e em outros serviços de saúde. Há também a separação deletéria entre os processos de planejamento e de orçamentação e, infelizmente, há ainda o descompromisso do trabalhador com a organização que tem sido verificado de forma mais ou menos generalizada.

Finalmente, examinemos a dimensão administrativa, começando pela gestão do trabalho em saúde. No nível da macrogestão há uma dívida da reforma sanitária para com o SUS: a falta de uma política de pessoal, orientada pelo atendimento das necessidades de saúde. Ainda se tentou a NOB-RH[6], nos anos 90, que até resultou na criação da Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação dentro do Ministério da Saúde, mas efetivamente não significou a formulação de uma política de pessoal. O programa Mais Médicos[7] é mais um exemplo de falta de política de pessoal, uma ação pontual.

Na mesogestão, há o problema da multiplicidade de tipos de vínculo empregatício, assim como as condições de trabalho oferecidas aos profissionais de saúde, que são frequentemente inadequadas. No nível da microgestão, temos o problema da fragilidade muito grande dos mecanismos de monitoramento do trabalho dos profissionais de saúde, da avaliação do desempenho desses profissionais.

Insuficiência financeira

Na gestão financeira, no nível da macrogestão da dimensão administrativa, evidencia-se a insuficiência de programas financeiros, o subfinanciamento com a inexistência de fontes definidas de

3. Define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS.

4. Programa do Ministério da Saúde (2008), que visa contribuir para a superação dos obstáculos ainda encontrados na consolidação do SUS.

5. Contrato Organizativo da Ação Pública é um acordo de colaboração firmado entre os três entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde da população no território.

6. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS.

7. 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.

financiamento. Do ponto de vista do setor privado, surge um claro limite da capacidade de pagamento direto dos planos de saúde pelas famílias. Daí todas as tentativas de criação de planos que ofereçam menores coberturas para poder ampliar sua clientela.

No nível da mesogestão, o baixo grau de autonomia financeira das organizações de saúde sobressai como uma questão a solucionar. No nível da microgestão, percebe-se a insuficiente *expertise* na área financeira da saúde, em que administração e saúde coletiva precisariam estar mais juntas. Os fundos estaduais, os fundos municipais e mesmo o fundo nacional de saúde apresentam muitas dificuldades no seu funcionamento.

Na gestão dos recursos materiais, no nível da macrogestão da dimensão administrativa, há uma opção clara, tanto no setor público quanto no privado, pelo recurso ao mercado, como fornecedor de insumos, ainda que estejamos vivendo uma tentativa de implantação de política de ciência de tecnologia e inovação, que busca internalizar (ou seja, nacionalizar) a produção dessas tecnologias para com isso diminuir a dependência externa e combater a elevação de custos. É, entretanto, uma política incipiente que ainda precisa se consolidar.

No nível da mesogestão, ocorre o problema da desarticulação entre as áreas administrativas (a gestão administrativa, a gestão de materiais) e as áreas técnicas, como se fossem dois setores separados dentro das organizações de saúde. Na microgestão, sobressai o problema de multiplicidade de fluxos dos processos administrativos em que há uma clara falta de coordenação.

Enfim, a gestão da saúde é de enorme complexidade. Atualmente, estamos assistindo à consolidação de um sistema de saúde segmentado, o que não só compromete a equidade, como dificulta a possibilidade de ter uma gestão eficiente. Conhecemos exemplos internacionais: o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão tem falado de "americanização" do sistema de saúde brasileiro. Encaixa-se nessa caracterização a multiplicidade de mecanismos de gestão, de mecanismos de oferta e demanda, de pagamento e gestão de planos de saúde, que torna o sistema dos Estados Unidos da América um dos mais ineficientes e um dos mais iníquos do mundo. Essa é uma tendência que se coloca claramente no Brasil, embora não seja inexorável: ela tem sido combatida pelos movimentos sociais. Além disso, estão cada vez mais claros os limites dos planos privados de saúde, que já estão entre os campeões de queixas em órgãos de defesa do consumidor e nos órgãos do Judiciário. Então, verificam-se os limites desse sistema segmentado.

É possível que da luta política pela democracia e pela igualdade que se desenvolve no país seja conseguido novamente aquilo que o movimento da reforma sanitária conseguiu nos anos 80: uma sintonia fina com os demais movimentos para que a saúde seja incluída na pauta política, a saúde como direito, objeto de uma atenção baseada na universalidade e na igualdade.

da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

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 prospectivos[1]", 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 ¾ 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 redução 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, especificas, 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 domésticas. 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 Weberiano[2], 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 celebres 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 Médicos[3] 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 Barberia[4], 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 Ipeadata[5] 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 SUAS[6] 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 Peters[7], 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 sanitarista.

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 primeiro 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 pais, 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 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.

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.

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 Campos[1] 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 autocrítica 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 Chorny[2]: 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 agora, 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 Nogueira[3] 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 explicite 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 Jr[3], 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 ilicitamente, 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.

MESA REDONDA

Diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS)

Eli Iola Gurgel Andrade - Moderador
Professora associada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

HÁ DIVERSOS ESTILOS de organização que foram sendo criados nesses mais de 20 anos da reforma do Estado no Brasil, que colocou em questão os parâmetros da gestão pública do Estado, em particular na área da saúde. Nessa trajetória, ocorreu a criação de artefatos gerenciais variados, cujo conceito e desempenho devem ser urgentemente avaliados e repensados. O mais novo artefato em aplicação é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Participantes do movimento de defesa da saúde pública no país conhecem a grande polêmica em relação à eficiência da gestão pública, que veio sendo pautada, sobretudo, a partir da reforma da Lei n.º 8666/93, das Licitações, depois acompanhada, em 2000, pela Lei n.º 101 da Responsabilidade Fiscal. Elas modificaram o marco regulatório da gestão, introduzindo parâmetros para o planejamento, a transparência, o controle e a responsabilidade. Olhando o setor saúde, é preciso deixar claro, em primeiro lugar, que, ao mesmo tempo em que foi criado no final da década de 1980 um sistema público universal de saúde, passou-se a conviver com grande restrição orçamentária, delineando um cenário que hoje denominamos de subfinanciamento.

A não consolidação do modelo de seguridade social inscrito na Constituição Federal, a partir do Artigo 194, tecnicamente viabilizou a grande subtração de recursos vinculados aos gastos com previdência, saúde e assistência social, que ocorre desde 1988. Em nenhum momento o orçamento da seguridade (detalhado no Artigo 195 da Constituição) foi consolidado na sua finalidade de financiar saúde, previdência e assistência social. A sociedade perdeu, de fato, o controle sobre a aplicação do orçamento da seguridade. Hoje entidades não governamentais fazem a avaliação desse orçamento anualmente e os resultados permitem afirmar que, se ele abrigasse exclusivamente o financiamento dessas três políticas sociais, teria sido possível somar ao longo dos últimos 20 anos um sistema de bem-estar e uma capacidade de gestão pública e de prestação de serviços públicos diferenciados.

A previdência foi menos atacada no sentido do subfinanciamento porque a partir de 1990 toda a arrecadação sobre a folha de salários reverteu exclusivamente para a cobertura de gastos previdenciários, para o financiamento de benefícios, quando antes financiava o conjunto das atividades (previdência, saúde e assistência social) da seguridade. Já não se pode mais, como se falava na década de 1990, dizer

que a previdência está quebrada. Foi possível consolidar a previdência como uma política sólida e hoje a previdência social é um esteio de estabilidade social importantíssimo no país.

Sistemas em paralelo

O resultado de todo esse processo é que um sistema público insuficiente para garantir acesso oportuno e de qualidade à saúde alimentou *pari passu* a evolução da oferta privada de serviços no setor. Desde a promulgação da Constituição de 88, o setor privado encontrou abrigo para sua evolução como oferta supletiva à oferta pública de serviços de saúde. A partir daí, fomos nos distanciando das experiências clássicas de construção dos sistemas públicos universais.

Na experiência inglesa, canadense e de outros sistemas europeus, a oferta privada de serviços de saúde existe, mas ela não compete com a responsabilidade social do Estado na prestação pública e universal do direito à assistência à saúde. Os panoramas são hoje bastante distintos: a segmentação pública x privada da assistência à saúde no Brasil, as contradições e deficiências que retroalimentam a polêmica em torno da efetividade dos correspondentes modelos de gestão. A diversidade e proliferação dos artefatos e arranjos na gestão privada comparecem agora como expressão de correção da ineficiência congênita de uma gestão pública estatal.

Questionar tal "fundamento" é condenar-se às "raias da ignorância", como é de costume ouvir-se aqui mesmo nesse nosso debate. E aqui cabe repetir a velha pergunta dos advogados: tal política de mudança na gestão pública trouxe algum efeito real no sentido de aumentar a qualidade na prestação de serviços ao conjunto da sociedade? Essas formas asseguram um sistema nacional de saúde, nas características e na diversidade adequada a um país dessa dimensão, com sistema municipalizado em mais de 5.500 municípios? Que respostas esses artefatos da gestão privada dão hoje, de fato, para pensar num resultado positivo de sua inserção no lugar da gestão pública? É possível realmente dicotomizar o empresariamento da tendência à mercantilização? É possível pensar que mercantilização incide positiva e automaticamente nas dificuldades de acesso da população à saúde, como um direito universal?

Diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS - A empresa pública

Jeanne Michel
Diretora de Gestão de Pessoas na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

A EBSERH É O MAIS novo artefato e tem gerado muita controvérsia por uma série de questões que passam pelo viés ideológico, pelos interesses corporativos, por interesses econômicos e pelo interesse do governo brasileiro de resolver um problema antigo. A empresa é ainda muito jovem, ainda não se conhece o seu futuro. Ela conhece onde quer chegar, mas o como ainda é percurso em construção.

Para falar da EBSERH, é necessário contextualizar: trata-se de uma empresa criada pelo Ministério da Educação (MEC) para gerenciar uma rede que, em março de 2015, continha 50 hospitais universitários distribuídos em todo o país. É a maior rede formadora na saúde do país. Historicamente ocorreu uma condição de deterioração que vem sendo discutida pelo governo federal pelo menos desde 2004. Buscavam-se soluções para a chamada crise dos Hospitais Universitários (HUs), determinada por anos de abandono pelo próprio governo federal. O subfinanciamento passou pelo espaço da discussão da universidade pública, que foi subfinanciada de uma forma brutal na década de 1990. Foi deixada à mingua. E, evidente-

mente, o subfinanciamento afetou uma das unidades acadêmicas mais delicadas do ambiente universitário, o hospital universitário. Trata-se de um tipo de instituição com alta densidade tecnológica, grande número de pessoas e que faz a maior interface, provavelmente, que a universidade tem com a vida real da sociedade, prestando assistência. O subfinanciamento, porém, levou os HUs a uma situação que se tornou quase insustentável.

Primeiro, um diagnóstico

Em 2008, o então ministro da Educação, Fernando Haddad, decidiu criar no Ministério da Educação, na Secretaria da Educação Superior, uma Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde para tratar deste tema. Fala do ministro na primeira reunião a respeito desse novo órgão: "Olhe, não passa um dia que não venha um reitor aqui pedir dinheiro para o seu HU. A gente aporta dinheiro e a situação não melhora. Então antes de aportar mais recursos, eu quero um diagnóstico. Vocês têm como missão criar um banco de dados e fazer uma análise da situação real e a partir daí propor planos para que o investimento público tenha efetivo resultado na melhoria dos serviços, na melhoria da formação".

Foi feito um acordo com os reitores das universidades federais, numa reunião da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), para que fossem dadas as informações necessárias para o banco de dados. Por que foi preciso um acordo? Porque os anos de vacas magras fizeram com que as instituições usassem um recurso muito conhecido de quem passa por crise: aumenta-se o tamanho do problema, pede-se mais dinheiro para ver o que vem e aí se consegue sobreviver. Havia uma série de informações que não eram reais. Na verdade, os bancos não tinham dados totalmente reais. Então foi feito um pacto. "Olha nós queremos melhorar a situação, mas para isso vocês têm que ser honestos. Têm que nos dizer qual é realmente o tamanho do problema".

Discutiu-se muito, conseguiu-se avançar bastante, os dados coletados com os dirigentes dos hospitais e com os reitores foram validados e a conclusão a que se chegou foi a esperada, mas foi mal dimensionada: o financiamento inadequado, subfinanciamento, e a composição do orçamento dos hospitais universitários. O MEC financiava 70% e a saúde financiava 30%, por meio da produção do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas esses recursos nunca eram suficientes. A deterioração física e tecnológica ficou evidente. O parque físico, com poucas e honrosas exceções, foi totalmente deteriorado, equipamentos sucateados, falta de equipamentos, que levaram inclusive ao abandono dos hospitais por parte dos docentes das universidades. Uma questão sempre discutida: o abandono, a não presença, está muito relacionada à falta de condições. Um bom docente quer ter condições de ensinar o seu aluno e quando não lhe são dadas essas condições ele tende a se afastar. Esse fenômeno foi muito observado na rede federal. Ocorreu uma situação em que não foram feitos concursos. Tínhamos um quadro de pessoal que minguava. Para fazer face a esses problemas, porque os hospitais não podiam fechar os seus serviços, as universidades foram criando fundações de apoio e começaram a contratar pessoas por várias modalidades para os hospitais por meio dessas fundações. Eram feitos desde contratos regulares via Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), até Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA), que perduravam por 10, 15 anos; contratos de cooperativas e simplesmente contratos sem explicação.

Esse diagnóstico levou a uma pactuação bastante dura com o Ministério da Saúde, que acabou sendo fechada na Presidência da República e culminou no chamado Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), de reestruturação dos hospitais universitários federais. Então em 2008 teve início o diagnóstico. Durante 2009 praticamente inteiro trabalhou-se no diagnóstico e na negociação e em janeiro de 2010 foi publicado o Decreto Rehuf. Esse dispositivo propôs um mecanismo de financiamento paritário inovador que permitiu que se aportasse um pouco mais de recursos. Com esses recursos e com controle e avaliação mais criteriosa conseguiu-se avançar em muitas coisas: reestruturou-se física e tecnologicamente algumas unidades; foi possível comprar equipamentos, fazendo compras centralizadas, o que na escala permitiu um custo muito interessante para equipamentos de excelente qualidade; foi possível comprar insumos também da mesma forma, no ganho de escala por fazer pregões nacionais para os itens de maior custo, maior impacto, tanto itens individualmente mais caros, como quimioterápicos e antibióticos, e itens de grande volume e por isso também com grande impacto.

Processos de gestão

Isso melhorou várias coisas. Foram discutidos contratos com gestores do SUS de forma a melho-

rar um pouco o financiamento, mas restavam alguns problemas. Principalmente a melhoria dos processos de gestão, pois o diagnóstico apontou também uma incapacidade virtual de fazer gestão, porque não havia um modelo e não havia formação. A cultura nos hospitais universitários era de que para ser um bom diretor bastava ser um bom professor. E um bom professor de cirurgia nem sempre é um bom diretor de hospital. Então isso levou a uma situação em que havia unidades com melhor gestão, porque a pessoa que estava no comando se preparou, buscou, aprendeu, estudou ou tinha um talento inato para gestão. E havia aquelas gestões que não andavam. Não andavam por falta de modelo.

Não se conseguiu recuperar o quadro de recursos humanos dos hospitais. Foi negociada com o Ministério do Planejamento uma mudança de carreira, uma nova possibilidade, contratos temporários. Discutiu-se durante um ano e nada de conseguiu avançar, também por conta de uma mobilização dos sindicatos da área, que entendiam necessário preservar a carreira original das universidades, que não permitia fixação de profissionais em hipótese alguma. A premissa de que todos os que trabalham no hospital têm de receber o mesmo salário é cruel. Não se contratavam nem se fixavam médicos com o salário inicial da carreira do nível superior das universidades, assim como os outros profissionais. Eram feitos concursos, contratava-se, uma enfermeira permanecia seis meses numa unidade de terapia intensiva sendo capacitada, aprendendo e, em seguida, ela ia para o mercado para ganhar três, quatro, cinco vezes o que ganhava no HU. Esse era um perfil cruel e esta carreira, no modelo do regime jurídico único que tinha se instalado nas universidades, com a cultura que tinha se instalado, também era muito complicada: controle de frequência é pecado, mas os profissionais são pagos com dinheiro público e não vão trabalhar. Como essa foi a situação encontrada, havia a necessidade de criar outro regime, outro modelo.

Ideias novas

O modelo de integração com a universidade e com as atividades de ensino e pesquisa também carecia de aprimoramento e isso demandava pessoas novas. Ideias novas, um arejamento do quadro. A solução encontrada pelo governo federal foi a criação da EBSERH. Da rede de hospitais universitários apenas um sobreviveu ao período das vacas magras ileso. Conseguiu manter-se com boa qualidade, alta performance, alta tecnologia, alunos satisfeitos, professores pesquisando intensamente e a população altamente satisfeita com o resultado. Era o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o hospital da UFRGS, criado na forma de empresa pública, já há mais de 40 anos. Com esse modelo, ele passou ao largo da crise. Praticava uma contratação no modelo CLT, como uma empresa pública, como uma estatal. Tinha financiamento direto para a folha e é isso que o preservou, porque o que consome a maior parte do recurso dos hospitais é a folha de pagamento.

A EBSERH é uma ferramenta de gestão que o MEC criou para apoiar suas universidades no gerenciamento dos seus hospitais.

Esse modelo passou a ser buscado, mas havia a crítica de ele apresentar dupla porta. Frente a isso, o modelo foi estudado em suas vantagens e desvantagens para tentar encontrar uma proposta diferente. Havia uma enorme pressão dos órgãos de controle, por conta das contratações irregulares das fundações de apoio. No Tribunal de Contas da União (TCU), desde 2006, já havia acórdãos determinando ao MEC e às universidades que terminassem esses vínculos precários. Foram feitas diversas dilações de prazo até que, em 2011, o último acórdão previa que até dezembro de 2012 seria necessário dar uma resposta. E nesse contexto criou-se a lei da EBSERH, muito discutida no plenário da Câmara, no Congresso. A primeira medida provisória caiu, num contexto político que não envolvia necessariamente a EBSERH. Assim, partiu-se para um projeto de lei, aprovado em dezembro de 2011.

A EBSERH é uma ferramenta de gestão que o MEC criou para apoiar suas universidades no gerenciamento dos seus hospitais. Portanto, a EBSERH é MEC, vinculada diretamente ao gabinete do ministro da Educação e tem a difícil tarefa de buscar esses consensos. Num ambiente integralmente inserido no SUS, fazer o casamento das necessidades das universidades com as suas áreas acadêmicas, nos seus cursos da saúde e outros, de administração, de direito, de engenharia, enfim todos os cursos com

os hospitais universitários e atendendo às necessidades do sistema.

Contratação de pessoal

O grande problema, desde o início e que continua existindo, é a questão de pessoal. Então, a migração de um modelo de contratação por regime jurídico único para um modelo de contratação CLT é gradual e durante um bom tempo a EBSERH tem os dois regimes funcionando simultaneamente. É sempre importante olhar o que diz a lei. A lei cria uma empresa pública unipessoal com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio e com capital social integralmente de propriedade da União. Isso acaba com o primeiro debate, que é aquele da privatização. É uma empresa pública, 100% pública, com recursos totalmente públicos, do Ministério da Educação, criada para gerenciar unidades do Ministério da Educação.

A lei da EBSERH determina que ela tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e afins. E fazer serviços de apoio ao ensino, à pesquisa, à extensão, ao ensino/aprendizagem de pessoas, observada a autonomia das universidades, o que foi outro grande conflito. A EBSERH terá ingerência na autonomia da universidade, lembrando que os parágrafos do artigo terceiro reforçam que as atividades de assistência estão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do SUS. Entra uma discussão que sempre vem à tona: a colocação de um artigo que prevê que a EBSERH poderá ter o ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei n.º 9.656 de 3 de junho de 1998 que permite que, se pacientes que têm convênios privados forem atendidos no serviço público, o gestor deve ser notificado e tem o direito de pedir o ressarcimento. Então, de novo, esse foi um item que os sindicatos usaram muito para dizer: "Olha lá, olha a privatização. Olha, vai atender convênio". Afinal, quais os objetivos da EBSERH? São que os HUs possam prestar assistência de excelência dentro do SUS para dar condições adequadas para o ensino. É simples assim. O corpo dirigente da EBSERH sempre foi composto por docentes com uma história longa de carreira em universidades federais. E o entendimento deles é que não se ensina bem se não houver condição de assistência ideal.

Falta de condições

Os alunos estavam sendo ensinados em ambientes destroçados, com equipamentos precários, sem modelos, sem protocolo, sem gestão. Não é esse o profissional que o SUS deseja. O profissional que deve ser formado precisa entender que meta pactuada com o gestor é para ser cumprida, aprender que pacientes devem ser atendidos com dignidade e em boas condições e ter acesso ao que há de melhor em evidências científicas e alta tecnologia, porque o mundo gira rápido demais. Os alunos de graduação, mas principalmente os especializandos, precisam ter contato com essas inovações, porque a rede de hospitais universitários tem um perfil de alta complexidade importante e é onde se cultiva o celeiro de especialistas para o país. A premissa é que, sem qualidade, não se ensina. Caso contrário, reproduz-se a mediocridade.

O planejamento estratégico de 2015 define com clareza quem são os clientes da EBSERH. Eles têm uma função junto ao SUS de prestar serviços de excelência às universidades, porque devem oferecer cenário de prática que dê condições para exercer a função da universidade que é ensinar, pesquisar, enfim. A EBSERH tem um conjunto formado por uma sede em Brasília e uma rede de hospitais interligados, mas independentes. As unidades dos hospitais têm vida própria, gestão própria, mas são coordenadas por uma sede que faz as articulações e as integrações. Os hospitais também são clientes da sede, na medida em que esta provê condições para que eles possam trabalhar.

O mapa estratégico para 2015/2016 desenhou objetivos de resultado. Os de resultado imediato são: melhorar o desempenho da contratualização com o SUS (rever contratos); ofertar serviços mais adequados; cumprir as metas e melhorar a qualidade da atenção à saúde, porque não adianta só discutir produção. Além disso, deve melhorar as condições dos hospitais como cenário de prática para o ensino e a pesquisa. Para atingir tais premissas, existem objetivos habilitadores: garantir o provimento e desenvolvimento da força de trabalho; viabilizar a infraestrutura, implementar soluções de tecnologia de informação; aprimorar a gestão; disponibilizar recursos orçamentários e financeiros necessários; e viabilizar a integralidade do cuidado na atenção, para mudar o modelo de atenção dentro dos hospitais. A missão é aprimorar a gestão dos hospitais universitários federais e congêneres. Estes estão na lei para poder atender a um pedido do Ministério da Saúde. Nosso objeto básico tem sido os hospitais universitários federais. As visões de longo prazo: até 2016, estruturar a rede de hos-

pitais com alcance gradual dos resultados contratualizados com o SUS.

A EBSERH pertence ao MEC, mas seu discurso é cumprir as metas do SUS, porque se isto não for feito não será criado um modelo. No final de 2014, na apresentação para o Conselho de Administração do balanço de resultados, eram 36 meses de história, mas apenas 23 de efetivo funcionamento (considerado após a aprovação do plano de cargos e do quadro). Em fevereiro de 2012 saiu uma notinha no Correio Brasiliense dizendo que a EBSERH era empresa de um homem só. Porque ela só tinha o presidente nomeado. Então foi uma construção rápida, complexa, mas bastante efetiva.

Boas práticas

O modelo de gestão é de processo baseado em boas práticas, definidas em conjunto com os hospitais. Todas as construções são coletivas a partir das experiências que os hospitais têm para criar modelos, com base em evidências científicas, discussão com o conjunto de hospitais e parcerias para aprendizados. Existe uma parceria importantíssima com o Hospital Sírio-Libanês para capacitação e gestão dos hospitais. Dez hospitais fizeram com o apoio das equipes do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês os seus planos diretores estratégicos e em 2015 serão feitos mais 15 hospitais. A Associação Columbus, entidade europeia que faz a integração entre universidades da América Latina e Europa, serve de *benchmark* internacional e o Consórcio da Catalunha tem atribuições muito similares às da EBSERH. Tem um consórcio de hospitais públicos gerenciados por meio de um modelo de interesse.

Em março de 2015 foram atingidos 30 contratos assinados. O Rio de Janeiro está pensando no assunto e mais um conjunto de universidades onde estão sendo dimensionados serviços e pessoal, porque pessoal é o nó górdio da história. Após dimensionar o quadro de pessoal e obter a aprovação do Ministério do Planejamento para fazer os concursos, firma-se o contrato. O modelo de trabalho é um contrato de gestão gratuito com a universidade, que tem de ser formalizado nas regras da Lei n.º 8.666. No conjunto de hospitais, existe a premissa de ampliação e abertura de leitos que estavam fechados. Então, desse conjunto que foi avaliado, a proposta é abrir 32% dos leitos a mais do que existem com um quadro de vagas autorizadas para concurso de 29 mil. Ou seja, em relação ao quadro de pessoal existente, composto de servidores e daqueles com vínculos precários considerados indesejáveis pelo TCU, estão sendo acrescentadas 18 mil pessoas na rede de hospitais. Já existem, em março de 2015, 24 concursos homologados, 25 mil pessoas contratadas.

As soluções estão sendo construídas em conjunto com os hospitais. Na rede, cada hospital tem algo de muito bom para compartilhar com os seus parceiros. A premissa de que temos grandes instituições que são modelos e que serão o farol para todos os demais cai por terra: há grandes instituições com excelentes modelos, mas há pequenas instituições, bastante deterioradas, com equipes maravilhosas fazendo trabalhos importantíssimos. Então a premissa da EBSERH é juntar as pessoas, fazer com que elas discutam os processos e proponham protocolos e modelos.

Cabe à sede viabilizar sua implementação. Já se obtiveram grandes melhorias. O *feedback* das universidades, dos reitores, dos docentes tem sido muito positivo. Não se resolveu tudo e não se vai resolver tudo em curto espaço de tempo. O ministro Haddad quando propôs essa saída lá atrás, já dizia: "Olha, vocês vão sem muita sede ao pote porque esse é projeto para dez anos. Não é um projeto imediato. Até porque o tamanho dos problemas é muito grande". Mas já se está conseguindo criar a noção de rede. Os hospitais comportam-se e conversam na condição de uma rede. Tecnologia da informação é muito importante para ter um modelo de gestão informatizado unificado em que os hospitais podem trocar dados e informações. Toda sexta-feira de manhã é feita uma videoconferência com os 30 superintendentes e suas equipes para esclarecer dúvidas, trocar ideias e alinhar conceitos, alinhar modelos. A ideia é criar um modelo de gestão, que não existia.

Diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS

Eduardo Ribeiro Adriano
Coordenador da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CGCSS - SES)

A INTENÇÃO É DIVIDIR um pouco a experiência exitosa do governo do Estado de São Paulo com 17 anos de parceria com Organizações Sociais de Saúde (OSS) para a gestão de equipamentos próprios de saúde do Estado. Falar em Organização Social de Saúde é, por definição, falar de uma entidade privada sem fins lucrativos que, por força de lei, se apresentou ao Estado pleiteando qualificação para gerir equipamentos públicos de saúde.

A partir dessa qualificação, a OSS está autorizada a firmar, com a respectiva esfera de governo, um contrato de gestão. No caso da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, esse contrato se presta à gestão de um equipamento de saúde próprio estadual que, de forma alguma, perde sua qualidade de equipamento exclusivamente voltado para o Sistema Único de Saúde (SUS). Seu atendimento é 100% para o SUS, embora seja gerido por uma OSS.

O histórico da estruturação do SUS é bastante conhecido. No entanto, é importante lembrar que, apesar das dificuldades, muitos foram os avanços obtidos. A era pré-SUS é de desigualdades de direito de acesso e cidadãos de duas categorias, os previdenciários e os sem cobertura, sendo que o sistema previdenciário privilegiava basicamente medicina curativa e não preventiva. Era um cenário de grandes desigualdades epidemiológicas (em 1980 havia quase 83 óbitos em menores de um ano para 1 mil nascidos vivos, com grandes desigualdades entre as regiões – Nordeste, 117 enquanto Sudeste, 57, no mesmo ano). Os princípios de universalidade, saúde para todos, integralidade, atenção a toda a sociedade e equidade – que é dar o tratamento específico a depender da necessidade de cada um –, baseados em diretrizes de descentralização e hierarquização e participação popular mudaram essa realidade.

Na Constituição, o SUS vem nos artigos 196 e subsequentes, sendo que no 196 já se apresenta o âmbito de atuação do SUS, quando se afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Parceria entre público e privado

De fato, o SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, a de n.º 8080 de 1990, que traz os alicerces que construíram a possibilidade da parceria entre o poder público e a iniciativa privada na construção de um sistema melhor. No artigo 24, da mesma lei, temos que, quando as disponibilidades forem insuficientes, está o SUS autorizado a recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, sendo que essa participação complementar deve ser formalizada mediante contrato ou convênio e que as filantrópicas e as sem fins lucrativos deverão ter preferência na participação complementar ao SUS. O SUS organizou-se, houve uma importante ampliação do acesso à saúde e ele se tornou um dos sistemas públicos de saúde mais pujantes do mundo.

O estado de São Paulo tem cerca de 44 milhões de habitantes, 22% da população do Brasil; uma cobertura de saúde complementar que, em algumas regiões chega a 43%, 45%, uma expectativa de vida crescente (já passando da faixa dos 75 anos); mortalidade infantil de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos; cobertura de pré-natal com sete ou mais consultas de 76%; e estrutura na gestão da saúde bastante regionalizada, com 63 regiões de saúde e 17 redes regionais de atenção à saúde.

Uma característica importante da estrutura do SUS em São Paulo é a rede própria do governo do Estado, que conta com 61 ambulatórios, nove dos quais administrados diretamente pelo Estado, e 52 ambulatórios médicos de especialidades, unidades estaduais administradas por organizações sociais; 91 hospitais, dos quais 43 da administração direta, 40 administrados por organização social e oito hospitais de ensino vinculados a autarquias e fundações. Além disso, 15 unidades da rede de reabilitação Lucy Montoro em parceria com a Secretaria dos Direitos da Pessoa com

Deficiência e uma rede conveniada sob gestão estadual, que tem cerca de 150 serviços contratualizados. Dentro desse contexto da rede própria, os hospitais geridos por organização social têm importância bastante significativa, representando cerca de metade da oferta de leitos.

A implantação da parceria com as OSS em São Paulo deu-se em 1998 num cenário em que havia 17 obras inacabadas em hospitais de gestões anteriores que necessitavam ser finalizadas, equipadas e gerenciadas. Enfrentava-se um cenário de restrição à ampliação de gastos com pessoal, por conta da lei de responsabilidade fiscal. E nesse contexto, no esteio da Lei Federal n.º 9.637 de maio de 1998, foi publicada a Lei Complementar n.º 846 de 1998, que regula a qualificação de entidades como organizações sociais no Estado de São Paulo para gerenciamento de equipamentos públicos.

Em março de 2015, eram 35 entidades qualificadas como OSS no estado; dessas, 29 mantêm contratos de gestão firmados com o governo do Estado de São Paulo para gerenciar 40 hospitais, 52 ambulatórios médicos de especialidades, sete unidades de reabilitação da rede Lucy Montoro, três serviços estaduais de diagnóstico por imagem, uma central estadual de armazenamento e distribuição de insumos de saúde (Ceadis), três centros estaduais de análises clínicas e uma Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (Cross), central essa que faz toda a articulação para que a Secretaria de Saúde possa dar uma estrutura em rede a todos os seus equipamentos estaduais. Ou seja, até março de 2015, eram 107 equipamentos estaduais sob gestão de OSS. Há hospitais predominantemente concentrados na Região Metropolitana de São Paulo, além de alguns de grande porte no interior (Hospital Regional de Presidente Prudente, Hospital Universitário de Taubaté, dentre outros).

Regras contratuais

O contrato de gestão que regra a parceria pública com a OSS é baseado em metas e resultados. Tal documento aponta uma série de obrigações da contratada, que não se restringem à produção. Os resultados também têm de evidenciar qualidade. Todos os contratos de gestão estão disponíveis para acesso livre no portal da transparência no governo do Estado de São Paulo, bem como os seus termos aditivos eventuais ao longo dos exercícios. Então, esses 40 hospitais produziram, em 2014, cerca de 345 mil saídas hospitalares; 1 milhão e 900 mil consultas ambulatoriais; mais de 2 milhões de atendimentos de urgência; entre outros resultados.

Esses 40 hospitais funcionam com 41.850 funcionários, dos quais 7.725 são médicos. Possuem cerca de 7 mil leitos operacionais ao SUS. Em relação aos ambulatórios médicos de especialidade, estes diferem dos ambulatórios comuns, uma vez que têm no seu escopo de trabalho a função de fazer diagnósticos, implementar tratamentos e devolver o paciente à rede básica, servindo como uma camada intermediária de assistência ao SUS entre as unidades básicas e os hospitais. São 52 ambulatórios médicos de especialidades que se encontram de forma descentralizada em todas as regiões do estado. Da mesma forma que nos hospitais, os contratos de gestão referentes aos Ambulatórios Médicos Especializados (AME) sempre buscam metas e resultados. Em 2014, foram mais de 5,5 milhões de consultas entre médicas e não-médicas. Os 52 AMEs possuem 11.190 funcionários, dos quais 3.567 são médicos especialistas.

Como mencionamos, a parceria começou em 1998. O início deu-se com a implantação de hospitais; os AMEs começaram aqui em 2005 e a implementação tem sido contínua. Desta forma, ano a ano o governo do Estado busca ofertar à população novos serviços, sejam eles hospitais, ambulatórios ou serviços de apoio mais estratégico, por meio da parceria com organizações sociais. Outra modalidade de serviço também sob gestão de OSS é a rede de reabilitação Lucy Montoro: hoje são sete unidades, entre institutos, centros e serviços, que contam com 868 funcionários, dos quais 19 médicos, pois o foco é a reabilitação, sendo o médico o condutor dos processos e o núcleo é a equipe multidisciplinar.

Inovação e sucesso

Quanto aos serviços de apoio, foi uma experiência inovadora e de sucesso, que tem como objetivo atender ao conjunto de unidades próprias estaduais, sejam elas da administração direta ou administradas mediante contrato de gestão. São três centros estaduais de análises clínicas (laboratórios que centralizam a realização de análises clínicas de 62 unidades, hospitais e ambulatórios); três serviços estaduais de diagnósticos por imagem, que da mesma forma fazem a gestão dos serviços de imagem de 43 unidades (hospitais e AMEs), captando as imagens, emitindo laudos remotamente e devolvendo às unidades em até quatro horas após a solicitação; uma central de distribuição de insumos de saúde e uma central de regulação de oferta de serviços de saúde.

Os três laboratórios (Centros de Análises Clínicas - Ceacs) representaram um grande passo na direção da economicidade no segmento de serviços de apoio. Essa centralização permitiu que 62 unidades demandadoras, entre hospitais e ambulatórios, passassem a ter como executante dos seus exames de análises clínicas esses três Ceacs. Trata-se de uma ordem de grandeza de 22 milhões de análises clínicas por ano. O ticket médio unitário era de R$ 15 antes da implantação desses três serviços e hoje gira em torno de R$ 4,50, incorporando todas as complexidades de exames e atendendo inclusive os hospitais oncológicos em toda a sua complexidade.

Existe na secretaria um sistema de acompanhamento da execução desses contratos de análises clínicas que é o Sistema de Regulação Laboratorial (Reglab). Por meio desse sistema de informação, a secretaria acompanha um a um todos os exames realizados. O exame é realizado pelo Ceac, confirmado pelo solicitante e a SES tem acesso a todas as informações via sistema, inclusive ao laudo do exame.

Os serviços de diagnóstico por imagem tiveram o mesmo objetivo: modernizar os departamentos em cada hospital. Há três centrais de imagem que são centrais de laudos. Cada uma tem de 20 a 25 baias com radiologistas subespecialistas nas áreas, atendendo sete dias por semana, 24 horas por dia, recebendo exames de imagem de 43 unidades entre hospitais e ambulatórios. No ano de 2014, foram realizados mais 2 milhões e 300 mil laudos nessas três centrais, atendendo a parâmetros de qualidade e de tempo de resposta muito importantes. Um problema grave aqui que se conseguiu resolver era a demora para um laudo de ressonância que podia chegar a uma semana, dez dias. Aqui o parâmetro para exame é 10 minutos de tempo de captação. Então, o exame feito em 10 minutos chega na central e é devolvido à unidade solicitante em até quatro horas.

Outro serviço de apoio também sob gestão de organização social é a Central Estadual De Armazenamento de Distribuição de Insumos de Saúde (Ceadis). Fisicamente, ela localiza-se numa planta de 4.250 m^2 no bairro da Companhia de Entrepostos e Armazéns Gerais de São Paulo (Ceagesp), aqui em São Paulo, e atende a 19 unidades estaduais, movimentando mais de 6.700 itens por mês e atendendo a mais de 73 mil pedidos, com estoque médio armazenado de R$ 28 milhões. Cada uma das unidades continua adquirindo os seus insumos (tanto hospitais da administração direta quanto aqueles sob contrato de gestão).

Todas as ordens de empenho ou as ordens de compra, uma vez feitas pelas unidades, são encaminhadas via portal web para a Ceadis, ao mesmo tempo em que se informa ao fornecedor que o local de entrega daquela aquisição é no galpão Ceadis. Via portal web, o fornecedor agenda a entrega e diariamente a Ceadis reabastece cada um desses hospitais, sob o sistema Kanban[1], em que os hospitais são equipados com armários com gavetas de duplo compartimento. Cada compartimento é suficiente para abastecer o setor por dois dias. Ocorrem duas leituras por dia em cada um desses hospitais, a leitura do Kanban gera um pedido de reabastecimento e a gaveta é reabastecida no dia seguinte. Isso trouxe alguns benefícios importantes para as unidades. Primeiro, a reorganização local: hospitais que tinham três, quatro meses de estoque de determinados itens (principalmente hospitais da administração direta, que têm maior dificuldade na aquisição) passam a ter maior segurança no consumo e com isso a possibilidade de manter menor saldo de estoque.

A Cross é outra unidade estadual sob gestão de organização social, cujo objetivo é operacionalizar a regulação de oferta de serviços de saúde ambulatoriais e de emergências de toda a rede do Estado: os filantrópicos, os contratualizados, os municípios, toda a rede. A Cross é uma ferramenta operacionalizada na Secretaria de Estado da Saúde pela Coordenadoria de Regiões de Saúde, que tem no seu escopo de atribuições executar essa regulação. Existe um portal web, para permitir abrangência a partir da conexão com a internet. A central está instalada em dois andares na região da Praça da República, no edifício Andraus, com 1.500 m^2 e 336 funcionários (dos quais 117 médicos). É uma força de trabalho bastante qualificada para fazer a regulação na ponta. Participam desse sistema hoje 2.975 unidades solicitantes e 726 unidades que oferecem serviços para a rede. Essa ferramenta regulou em 2014 mais de 7 milhões de consultas ambulatoriais, mais de 5 milhões de exames e procedimentos ambulatoriais e mais 137 mil casos de urgência e emergência. Toda a regulação de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) das unidades próprias estaduais do Estado de São Paulo está na Cross.

1. Termo utilizado em administração da produção. É um cartão de sinalização que controla os fluxos de produção ou transportes em uma indústria.

Para acompanhar esse conjunto de 107 serviços no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, existe a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS), que faz o acompanhamento basicamente em três macroprocessos. Primeiro a elaboração do contrato, do instrumento contratual; a seguir passa-se ao acompanhamento executivo físico financeiro e dos indicadores de qualidade de cada um desses contratos; cada contrato desses culmina com uma prestação de contas e cumprimento das exigências legais.

Acompanhamento de contrato

Para construir o contrato de gestão, uma vez que a entidade é qualificada pelo poder público como organização social, ela está habilitada a participar de uma convocação pública. Cada novo equipamento que será objeto de gestão por organização social é submetido a uma convocação pública em que as entidades qualificadas como OS podem apresentar-se para manifestar interesse e entregar um projeto assistencial para aquela unidade. Esse projeto passa por uma série de análises técnicas dentro da secretaria, no que se refere à proposta assistencial, ao custo, ao custeio, ao investimento. Essas análises são encaminhadas ao secretário de Estado da Saúde, que tem a prerrogativa legal de definir qual será a OS gestora do equipamento objeto dessa convocação. Feito isso, publica-se em Diário Oficial e encaminha-se para o Tribunal de Contas, em cinco dias passados da convocação.

O segundo ponto é o acompanhamento da execução desses contratos, não só em bases de metas quantitativas, mas também indicadores de qualidade, mensalmente. Trimestralmente, há reuniões com cada um dos 107 gestores, que comparecem à secretaria para uma reunião em que estão presentes também representantes do departamento regional de saúde onde o equipamento está inserido e técnicos da CGCSS para fazer o realinhamento e eventualmente alguma repactuação que se faça necessária.

Trimestralmente avaliam-se indicadores de qualidade e semestralmente de produção, o que pode gerar realinhamentos contratuais realizados por meio de termos aditivos. Há prestação de contas para todos os órgãos internos e externos de fiscalização. Desde 1998, ano a ano, cada unidade gera um processo de prestação de contas no Tribunal de Contas no qual se busca esgotar quaisquer dúvidas. Prestam-se contas à Secretaria da Fazenda, ao Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus), ao Ministério Público, à Assembleia Legislativa e a todo e qualquer órgão que se apresente solicitando informações.

Existem sistemas de informação que são próprios da Secretaria de Estado. Todas as OSS alimentam-no mensalmente com informações que passam por um crivo técnico da coordenadoria. A data de inserção desses dados é um indicador do contrato, porque se não fosse assim certamente nós não conseguiríamos dar continuidade a esse trabalho. O Reglab é um sistema de informação específico para acompanhar a realização dos exames laboratoriais. Há ainda um sistema de informação de acompanhamento da produção SUS de cada unidade, acompanhamento esse que tem como objetivo "lastrear" as informações encaminhadas. Por exemplo, quando se está diante da informação da unidade de que foram atendidos 200 pacientes, vamos em busca de pelo menos 200 Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs). Todas as informações têm lastro, para que não seja uma simples alimentação do sistema.

Também há controle de patrimônio, porque todos os bens que estão lá são públicos estaduais, dos quais a entidade gestora do momento tem o termo de permissão de uso. Os contratos têm vigência de 60 meses, mas a cada 12 meses é feito um termo aditivo repactuando metas e financiamento. Esse conjunto de unidades demanda do poder público um grande esforço de investimento. No ano de 2014, esse conjunto de 107 unidades demandou um aporte de mais de R$ 4 bilhões na sua manutenção.

Diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS

Jorge Motta
Diretor técnico do Hospital do Subúrbio (HS) – Salvador/Bahia

AS PARCERIAS público-privadas

O momento de discussão é importante porque qualquer cenário é uma oportunidade de troca de ideias. As dificuldades e vicissitudes enfrentadas pelo Hospital do Subúrbio, mesmo localizado um pouco distante daqui, no Estado da Bahia, não são muito diferentes daquelas enfrentadas seja na realidade dos hospitais universitários, seja na dos hospitais públicos da rede de urgências, seja também a dos hospitais da estrutura de rede complementar em todo o Brasil.

O Hospital do Subúrbio surge como unidade de urgência e emergência de alta complexidade, situada numa região extremamente carente da cidade de Salvador. O subúrbio ferroviário de Salvador começou a ter uma estrutura mais formal na década de 70 e, até o ano de 2010, a primeira unidade hospitalar de alta complexidade que surgiu naquela região foi o Hospital do Subúrbio. Uma região extremamente carente do ponto de vista de serviços básicos, de serviços sanitários, de segurança pública, de transporte, de educação, mas com uma população muito diferenciada no sentido de conhecer seus direitos e muito partícipe do processo.

O hospital foi pensado pela Secretaria de Saúde como uma oportunidade de reestruturação e requalificação da rede de urgências, complementando o que já existia. Numa busca de desbravar o caminho em direção a uma saúde pública melhor, o perfil do hospital foi desenhado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) como hospital de urgência e emergência para pacientes adultos e pediátricos, tanto em situações puramente agudas como aquelas com casos mais crônicos agudizados por demanda espontânea e por demanda referenciada. Ele não foi feito com estrutura ambulatorial eletiva, embora tenha uma estrutura de ambulatório de egressos na qual é possível fornecer o seguimento dos pacientes.

O grande volume de atendimento do Hospital do Subúrbio é cirúrgico; 43% das suas internações são cirúrgicas, das quais o trauma é a principal causa. Os pacientes clínicos respondem por 38% das internações. O restante são internações pediátricas.

Atuação clara

O projeto do hospital surgiu com definição de atuação muito bem descrita, culminando na identificação dos seus objetivos e nas suas metas contratuais. As metas contratuais são definidas e pactuadas com o poder público, tanto quantitativas como qualitativas, e norteiam e muito a atuação assistencial e gerencial do serviço. O cumprimento das metas está diretamente relacionado à remuneração pelos serviços prestados pela instituição, o recebimento de sua contraprestação mensal fixa.

As metas quantitativas correspondem a 70% da contraprestação financeira do hospital; as metas qualitativas, a 30% da contraprestação. As metas quantitativas estão relacionadas à internação, com a avaliação das saídas hospitalares, do atendimento ambulatorial e de urgência/emergência, dos procedimentos realizados e a produção de exames em Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT), com o quantitativo de exames produzidos.

Em relação às metas qualitativas, há um rol de 31 indicadores qualitativos, alguns clássicos, outros não tão clássicos. Entre os quais a satisfação do usuário e a certificação em qualidade. O hospital optou pelo modelo da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Hoje a instituição é acreditada ONA nível II, apesar de seus pouco mais de cinco anos de existência.

O modelo está dentro da lógica de requalificação da urgência e emergência numa região extremamente carente, num distrito extremamente carente. Cerca de 22% da população de Salvador está na região do Subúrbio Ferroviário, que é densamente povoada. Segundo dados da Secretaria de Segurança Pública, mais ou menos 33% da criminalidade encontra-se situada nesta região.

O hospital ainda tangencia a principal via de acesso a Salvador que é a BR 324, então tudo leva à vocação dessa instituição a esse perfil de urgência e emergência, numa assistência a uma comunidade que necessita desse suporte. Esse propósito, gerenciado pelo público ou pelo privado, não deixa de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) porque desde o seu nascimento seu foco principal é a preservação dos princípios do SUS. O Hospital do Subúrbio, gerido hoje pela Prodal Saúde, que venceu a licitação, traz consigo uma premissa principal que é vir para cumprir os princípios do SUS. A partir do momento em que o hospital respeita os princípios e a prática, ele traz um fortalecimento ao SUS e favorece, com organização e disciplina, melhores condições no enfrentamento dos problemas do sistema de saúde, sejam aqueles ligados à gestão, assistência em si, e/ou ao subfinanciamento.

Lidar com metas e controle num cenário em que a cultura ainda não é voltada para isso é um grande desafio, para o qual é necessário preparar as pessoas. 94% das internações vêm da urgência e emergência; em torno de 6% vêm do ambulatório de egressos.

Epidemiologia

A primeira estratégia para lidar com isso é a fundamentação epidemiológica. No hospital existe uma sanitarista de formação, com 25 anos de experiência em saúde pública, 15 anos de experiência em projetos sociais e agora em uma fase de reestruturação de envolvimento com outros modelos. Ela é a nossa diretora geral, a líder institucional. A epidemiologia foi a estratégia utilizada para estruturar toda a nossa organização, a partir da necessidade da população.

Outro ponto estratégico em relação ao trabalho foi a opção pela cultura da segurança do paciente, a cultura da qualidade. Esta é uma meta contratual que a direção teve a satisfação de implementar, particularmente pelos benefícios reais observados na prática assistencial. Foi necessário trabalhar governança clínica, estruturando dentro da instituição os seus processos estratégicos, dentro de cada processo estratégico o foco no acesso, o foco nas pessoas, o foco nas linhas do cuidado. No Estado da Bahia, o modelo assistencial, às vezes, é muito cruel, afastando o médico do conceito horizontal e do conceito mais próximo ao paciente. Observa-se isto tanto na medicina privada, quanto na medicina pública.

Um modelo fragmentado no qual na segunda-feira esteja o dr. A, na terça o dr. B, na quarta o dr. C, na quinta o dr. A volta e desfaz tudo o que foi feito antes. Essa falta de continuidade, de horizontalidade, interfere na assistência. Na proposta de governança foi feita a reestruturação de processos estratégicos, da própria assistência, a cada processo, e da interação entre processos.

No Estado da Bahia, a chamada medicina hospitalar era muito incipiente e o Hospital do Subúrbio foi o primeiro hospital público a incorporar este conceito. Tudo isso sem perder foco no que é política de SUS: é um hospital que trabalha com acolhimento, classificação de risco; que trabalha com o Humaniza SUS, um hospital que tem todo o cuidado de preservar essas políticas e essas diretrizes.

A ética é usada intensamente, pois é uma ferramenta fundamental em qualquer estruturação de política de gestão, de gerenciamento de unidade; uma ferramenta fundamental na funcionalidade, na operação correta da prática médica. E, dentro dessa estrutura de cultura de qualidade e de segurança do paciente, não só a organização por processos, não só o modelo assistencial em si com a medicina hospitalar, com a governança ética, mas também o ensino. Trata-se de um instrumento, uma ferramenta para formar equipes e pessoas cada vez melhores, embora isso não seja uma meta contratual. Isso vem sendo feito com contrato de cooperação técnica com a Universidade Federal da Bahia, com a Escola Baiana de Medicina e outras instituições, trabalhando a figura do graduando de Medicina, mas também de outras disciplinas nesse exercício da multidisciplinaridade. O hospital já teve a chance de oferecer campo de estágio, de experiência em torno desses quatro anos, a cerca de 1.200 pessoas.

Nesse fomento ao ensino, também veio a residência médica, com apoio do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde às residências médicas nas áreas básicas, para o perfil do hospital, a clínica médica, a cirurgia do trauma, a ortopedia e pediatria. Além disso, há campo de estágio em caráter opcional para outras residências do município de Salvador e do Estado. Ensino é um ponto estratégico de trabalho.

Outro aspecto fundamental é a transparência do hospital. Parte dela foi pensada desde o modelo contratual. O hospital tem vários canais de comunicação, não só com o usuário, mas com o poder concedente, contratante do serviço. Também há metas pactuadas acompanhadas regularmente pela própria Secretaria de Saúde do Estado, verificadas, levantadas mensalmente, avaliadas trimestralmente.

O Hospital do Subúrbio é um dos mais auditados do país, e isso é bom. Isso construiu na equipe cada vez mais a importância da auditoria, porque ela torna as pessoas mais atentas e fortalece sua atuação.

No Hospital do Subúrbio há auditoria do SUS, auditoria da comissão específica de acompanhamento da Sesab, auditoria geral do Estado que frequenta e acompanha o hospital, do Tribunal de Contas do Estado, de um verificador independente colocado em contrato para tanto, definido pelo Estado e custeado pela instituição (no caso, a Deloitte, que acessa o banco de dados junto com a Comissão de Acompanhamento e Gestão do Contrato e define sobre a validade ou não daqueles dados e indicadores apresentados). Ainda há a avaliação da instituição certificadora, que no Subúrbio é o Instituto Qualisa de Gestão que faz isso certificando por meio da ONA.

Essas demonstrações – contábeis e assistenciais – são feitas regularmente, para apresentar à secretaria e ao público no próprio *site*. O hospital ainda desenvolveu uma ferramenta própria para acompanhamento online da instituição em plataforma móvel, em smartphone. Qualquer um pode entrar via *googleplay* ou na *apple store* e pegar lá. O HS agora é um aplicativo que permite acompanhar o que ocorre no hospital, desde o indicador do contrato até indicadores outros que também são importantes para o acompanhamento do próprio usuário. Por exemplo, qual está sendo o tempo médio de espera por classificação de risco entre a recepção e o atendimento do médico. Isso é renovado a cada 30 minutos no aplicativo e está disponível para o público, para a Secretaria da Saúde do Estado, para o gestor da unidade, para o usuário.

Nada disso seria interessante se não estivesse embebido da aproximação com a comunidade, que começou antes da abertura do hospital. A equipe de gestão que está dentro do hospital começou em maio de 2010 e o hospital foi inaugurado em setembro de 2010. Portanto, desde maio de 2010 começou a estruturação da equipe, com encontros com a população que, apesar de bastante sofrida, é muito envolvida e busca suas melhorias. A construção desse contato permitiu que a população propusesse seus objetivos, até para poder ter a sensação de pertencimento.

Interação

Um dos desafios em relação à estratégia está na interação com a rede. O modelo está oferecendo a oportunidade de ver melhor um ambiente que não era visto, do paciente que era atendido em outras regiões, gerando informações totalmente truncadas. Atualmente, 15% dos pacientes internados são do interior do Estado da Bahia. Quando o Hospital Subúrbio chegou ao distrito sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador, parecia que havia uma pirâmide invertida. Depois da implantação do Hospital do Subúrbio, com toda essa provocação já vieram Unidades de Pronto Atendimento (Upas), já veio Hospital de Retaguarda e hoje já se discute Unidade de Atendimento Especializado.

Novos modelos surgem a partir de lacunas e se hoje há tantos modelos é porque as lacunas eram muitas, o que deu oportunidades a todos os modelos surgirem, com o propósito de preencher essas lacunas, levantadas pelo usuário e pela equipe de saúde. O diagnóstico atual, para o qual não se pode fechar os olhos, incomoda a todos, e não adianta querer um resultado novo fazendo o mesmo. É necessário fazer algo diferente. Por isso, a necessidade real de estudar diferentes modelos de acordo com a realidade de cada unidade, porque num país desse tamanho não há um modelo único para atender a todos. As realidades são muito distintas e variáveis. Os princípios têm que ser fundamentos para todos. Nenhum modelo pode ferir ou ir de encontro a qualquer princípio do SUS.

Mário Sérgio Cortella[1] diz que: "Precisamos nos mobilizar cada vez mais, para nos motivar cada vez mais, para não sermos conformados e ajustados, adaptados como a água que se adapta ao copo, se adapta à garrafa, se adapta a qualquer recipiente que se coloque, mas se deixar ela aqui paradinha muito tempo ela fede e transmite doenças". Nenhum modelo precisa distanciar o gestor público da execução.

Às vezes o que mata o modelo é isso: "Ah, vou terceirizar e deixa terceirizar". É como se estivesse entregando. É necessário discutir se é a melhor opção para aquela comunidade, para aquela realidade, para aquela sociedade, para aquele microambiente. É preciso estar colado na situação, na execução, na produção e na opinião do usuário. Nenhum paciente diz que procurou o hospital A porque o modelo lá é tal ou o B porque o modelo é aquele outro. Não, eles procuram o hospital por terem sido bem assistidos e terem seu problema resolvido.

1. Mario Sergio Cortella é filósofo, escritor, educador, palestrante e professor universitário brasileiro

Diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS

Gonzalo Vecina Neto
Professor assistente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

AS ENTIDADES filantrópicas de excelência

De início, um pouco de história. As entidades privadas podem ter ou não finalidade lucrativa. As sem finalidades lucrativas têm direito a imunidades tributárias. Como não têm objetivo de lucro, ou seja, seu resultado deve sempre ser reinvestido na organização, elas são imunes ao Imposto de Renda, por exemplo.

Porém, além das imunidades, a legislação, por orientação da Constituição e do ordenamento jurídico posterior, também propôs isenções e a atual Constituição somente perpetuou o que já existia na legislação brasileira. Imunidades criam uma situação congênita, de nascimento, e sua contrapartida é o reinvestimento do resultado na operação, que por sua vez está ordinariamente voltada à sociedade, na medida em que as instituições sem finalidades lucrativas atuam nos setores sociais – educação, cultura, saúde, lazer, etc. O objetivo do legislador é transmitir que instituições sem finalidades lucrativas reinvestem todo seu resultado na atividade para a qual foram criadas e portanto as imunidades são merecidas.

Com certeza cabe muita discussão sobre esta afirmação – "estão voltadas para a sociedade". Existem organizações sem finalidades lucrativas que se aproveitam dessa situação e constituem empresas que conseguem camuflar interesses particulares e somente visam a obter vantagens para seus proprietários. Porém essa discussão situa-se na esfera judicial. O Estado deve fiscalizar estas entidades, cujo objetivo precípuo é apoiar a melhoria das condições da vida em sociedade. Por isso, além da regra do reinvestimento dos resultados, existem regras sobre a governança e sobre a remuneração dos proprietários, que devem merecer a atenção e vigilância do Estado. Retomando a discussão acima, além das imunidades, as entidades sem finalidades lucrativas podem também buscar isenções tributárias. Isenções são renúncias que o Estado faz ao recolhimento de impostos e que, para serem concedidas, exigem das entidades uma contrapartida em serviços.

Os impostos que compõem a isenção são: a cota parte patronal do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); contribuição ao "Sistema S" (Sesc, Sesi, Senac, etc); contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins); e Programa de Integração Social (PIS). Estas renúncias significam um financiamento importante para as instituições que conseguem fazer jus a elas.

No setor saúde, grosso modo, pode-se estimar em torno de 10% do total da receita líquida das instituições a somatória das isenções. Também deve ser registrado que muitos advogados têm teses de que algumas dessas isenções, de acordo com o espírito da lei maior e a intepretação deles, são na verdade imunidades (que requerem como contrapartida apenas o reinvestimento de resultados e não a prestação de serviços). Assim existem muitos processos, inclusive no Supremo Tribunal Federal (STF), discutindo essas teses com consequências no mínimo desastrosas para a sociedade, tanto em termos de recolhimento de impostos como de prestação de serviços nas três grandes áreas do setor social – educação, saúde e assistência social propriamente dita.

Entidades filantrópicas

As instituições que cumpriam com os requisitos exigidos para terem direito às isenções, ou seja, entregavam serviços à sociedade, como na educação – vagas gratuitas aos pobres ou vagas em creches ou asilos - na assistência social ou assistência médica na saúde, recebiam de um colegiado ligado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome o Certificado de Beneficência e passavam a ser chamadas de filantrópicas. Na área da saúde, a filantropia passou ser quase sinônimo de Santa Casa. Mas existem muitos hospitais que são de comunidades (outras religiões, comunidades de imigrantes) ou de sindicatos, etc. Historicamente nas áreas sociais no Brasil, até a Consti-

tuição de 88, as organizações filantrópicas tinham um importante trabalho de prestação de serviços assistencialistas na sociedade com bem pouca ação do Estado em sua estruturação e obviamente faziam parte do tecido social de forma coerente a sua própria estruturação. Em outras palavras, organizavam-se à sombra da estrutura de poder e serviam-no. Um modelo que pode ser chamado de "casa grande e senzala", em todas as três áreas de atuação.

Na saúde (não serão analisados os outros setores), até a Constituição Federal de 88, os hospitais filantrópicos deveriam oferecer serviços no valor de pelo menos 20% de sua receita bruta, valorada através de sua própria tabela de preços, aos pobres, então identificados no processo de atenção na categoria de indigentes e sem nenhuma regulação do Estado. Quem definia quem seria atendido era a instituição filantrópica. Após a nova Constituição, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da universalidade da atenção, todos os brasileiros passaram a ter direito à assistência à saúde e os cidadãos indigentes deixaram de existir. O ordenamento jurídico foi revisitado a partir do § 7 do artigo 195 da nova Constituição e em 1993 foi publicada a Lei n.º 8742/93 que reorganiza a assistência social beneficente.

A regra geral da saúde passou a ser atender 60% de sua capacidade operacional por meio da prestação de serviços ao SUS, sendo remunerado por esta por meio das suas próprias tabelas, bastante defasadas, e cuja diferença seria compensada pela renúncia fiscal e pelo atendimento aos pacientes do sistema privado. Esta defasagem das tabelas do SUS em relação aos custos do atendimento situa-se em torno de 40%, embora esta estimativa esteja sujeita a muitas variáveis, como complexidade do ato praticado, existência de escalas, sofisticação, etc. Muito também se discutiu em relação ao significado dos 60%. Dos pacientes-dia? Das internações? Da somatória de tudo o que o hospital ou serviço faz? Com as diferentes interpretações e a falta de fiscalização do Estado, floresceram as entidades "pilantrópicas" que produziam(em) demonstrações falsas.

Alguns hospitais continuaram a seguir a regra anterior, atendendo pacientes com renda familiar inferior a três salários mínimos (condição descrita na lei para definir risco social) e oferecendo seus serviços até o limite de 20% da receita bruta valorada por sua própria tabela de preços. Isto em função da falta de definição dos 60% e da notória defasagem das tabelas do SUS que inviabilizavam o funcionamento destes hospitais, em particular os mais complexos. Esta situação criou um risco jurídico para estes hospitais. Apesar da fragilidade do arcabouço jurídico, não estava claro na legislação se esta regra ainda era válida para o setor saúde.

Nesse meio tempo, entre 1993 e 2006, realizaram-se muitas discussões, promulgação de decretos, medidas provisórias, portarias, que foram dando um novo arranjo ao setor. A Lei n.º 12101/2009 e seu decreto regulamentador, 7237/2010, vieram criar um clima de mais segurança jurídica no setor. Paralelamente também o Ministério da Saúde clareou bastante o conceito dos 60%, mas não melhorou a fiscalização, em grande medida da responsabilidade dos municípios. De qualquer forma, a definição da entrega dos certificados de beneficência passou para o âmbito do próprio Ministério da Saúde, que passou a avaliar se a instituição cumpriu ou não com os requisitos que a gabaritam a receber as isenções.

Hospitais de excelência

O que a lei trouxe de novo foi a possibilidade de que uma nova categoria de hospitais aparecesse – os hospitais de excelência. A excelência é definida pela obtenção de uma acreditação. Assim, hospitais sem finalidades lucrativas, com uma acreditação aceita pelo Ministério, podem ser considerados de excelência, se assim o requisitarem e prestarem contas dentro do arranjo jurídico determinado. Basicamente o hospital de excelência deve devolver sua renúncia fiscal ao SUS por meio da prestação de serviços nas áreas de educação, pesquisa, apoio ao desenvolvimento do SUS e assistência médica (esta, limitada a 30% do total da renúncia). Esses serviços serão valorados pelo seu custo e essa apuração deverá ser fiscalizada pelo Ministério e pela Receita Federal. Dentro do Ministério da Saúde, os hospitais de excelência, que são seis hoje no país (Hospital Sírio-Libanês (HSL), Hospital Israelita Albert Einstein (Hiae), Hospital Samaritano, Hospital do Coração, Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Hospital Moinho de Ventos (HMV) deram origem ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi.) Este programa tem a tarefa de analisar os projetos propostos por estes hospitais, aprová-los, acompanhá-los e fiscalizá-los após o recebimento da prestação de contas que é trienal. Obviamente este é um projeto bastante recente e deverá receber, nos próximos anos, um acompanhamento cuidadoso. Pelo *site* do Ministério é possível verificar os projetos executados e em execução. E o balanço é bastante

positivo, apesar de que este olhar poderá ter diferentes vieses. É o que se buscará discutir à frente.

Gestão de serviços de saúde (hospitais) nos dias atuais no Brasil

Gestão é atingir os objetivos de uma organização por meio da mobilização de recursos. Assim parece bastante simples, mas não o é. Recursos podem ser entendidos como conhecimentos, tecnologias, processos, equipamentos, materiais, pessoas. Objetivos que muitos pensadores da área de gestão indicam ser o aspecto mais delicado de uma organização: definir o "o que" a organização deve fazer para poder ter sua existência justificada na sociedade provavelmente é um ponto mais complexo que a mobilização de recursos. De qualquer forma, as últimas quatro décadas viram a área da gestão passar por uma revolução bastante complexa. A ideia de estratégia, principalmente após a Segunda Grande Guerra Mundial, e a ideia de aferição da qualidade, entendida como a referência que deve ser sempre alcançada, criaram um primeiro movimento experimentado principalmente na reconstrução dos países destruídos. As ideias de Ansoff[1] e Juran[2] são exemplos desses movimentos.

Esse movimento foi turbinado no início dos anos 70 pela revolução comunicacional – a aldeia global de McLuhan[3] – e o advento do acesso mais universal do processamento eletrônico de dados que por sua vez ganhou nos anos seguintes dois fantásticos dinamizadores – o PC *personal computer* e a rede *web*. Este conjunto de elementos transformou trabalhadores e consumidores. Aumentou muito a sua necessidade de ter coisas, fazer coisas e transformar a sua realidade e a do mundo. No mundo das revoluções não se conseguiu ir onde o mundo das disrupções acabou chegando no final do século passado. Estas transformações trouxeram novas ferramentas para o campo da gestão, novos conceitos inimagináveis até então. Zero estoque, zero defeito, customização, *balanced scorecard* [4] (a empresa em uma folha), produção empurrada x produção puxada, gestão da clínica, segurança do paciente, enfim um sem número de novas formas de aumentar a eficiência sem comprometer a eficácia. E tendo como resultado mais lucro, mais acesso e mais impacto social.

Novos riscos

O mundo melhorou? Sim, mas passou a correr novos riscos, como o ambiental, o crescimento das desigualdades e a necessidade de revisitar o papel do Estado, considerando-o como provedor de bem-estar social. Esse é o Estado a ser revisitado. O Estado tradicional daqueles tempos passados não somente construía bem-estar social como ele próprio era seu produtor. Porém, com a revolução tecnológica pela qual passou o campo da gestão o Estado, com sua multiplicidade de funções e a necessidade de usar isonomicamente seus recursos, passou a não ser capaz de alcançar os padrões de eficiência que o setor privado alcança. E este foi um movimento que muitos países começaram a fazer: o Estado saiu do fazer e passou a preocupar-se com a entrega através do desenvolvimento de uma nova função – a regulação. No Brasil o fim da ditadura, o processo de redemocratização, a necessidade de diminuir desigualdades, de controlar a inflação, o processo de globalização e a revolução da gestão aconteceram concomitantemente e a dialética desse complexo processo induziu a muitos erros de avaliação e confusões sobre a necessidade de um novo papel do Estado construtor de bem-estar social.

Na área da saúde, essas complexidades foram maximizadas pela própria questão dos significados da saúde para a sociedade. Assim a questão do com e sem finalidade de lucro confundiu-se com o público x estatal x privado x particular. E o privado virou um patinho feio, mesmo quando estatal. Essa foi a manifestação do Conselho Nacional de Saúde quando da análise da proposta das fundações estatais de direito privado. A proposta não foi aceita quando o que propunha era um instrumento de melhoria da gestão

1. Igor Ansoff professor e consultor conhecido como o pai da gestão estratégica.

2. Joseph Moses Juran foi um consultor de negócios famoso por seu trabalho com qualidade e gestão da qualidade.

3. Aldeia Global é um termo criado pelo filósofo canadense Herbert Marshall McLuhan, com o intuito de indicar que as novas tecnologias eletrônicas tendem a encurtar distâncias e o progresso tecnológico tende a reduzir todo o planeta à mesma situação que ocorre em uma aldeia: um mundo em que todos estariam, de certa forma, interligados.

4. É uma metodologia de medição e gestão de desempenho desenvolvida pelos professores da Harvard Business School (HBS) Robert Kaplan e David Norton, em 1992.

do Estado. O conselho concluiu que elas eram privatizantes e mercantilistas.Na confusão público x privado paira ainda a discussão do lucro. Não lucro em uma sociedade capitalista em que 60% da rede hospitalar é privada e a atenção primária realizada pela estratégia da saúde da família é predominantemente oferecida pela iniciativa pública, embora gerenciada pela privada. A questão não deve ser lucro ou não lucro e sim regulação das atividades no campo da saúde que têm como objetivo o lucro. E muita transparência das organizações que realizam as atividades regulatórias para protegê-las da captura por parte dos agentes econômicos.

Então quais são os desafios a serem enfrentados pela gestão? Resumidamente e com objetivo de estimular o debate, apontam-se alguns desafios:

Regulação - aqui entendida como um conjunto de atividades desenvolvidas pelo Estado para construir o bem-estar social, é um desafio da sociedade. Definir bem-estar social e como financiá-lo é uma discussão aberta na saúde que é subfinanciada no país. Em seguida vem a discussão do que regular. O Estado deve determinar que serviços podem funcionar inclusive no setor privado? O Estado deve regular a oferta de serviços de saúde? Na medida em que existe risco nos serviços oferecidos, sim deve. Por exemplo, uma equipe de cirurgia cardíaca que opera menos de 200 casos por ano tem resultados piores (risco/dano) do que outra com um movimento maior. A oferta de serviços de alta complexidade, como tomografias, ressonâncias magnéticas nucleares, deve, como acontece em outros países, passar pela regulação do Estado, independentemente se vão atuar exclusivamente no SUS ou não. E a justificativa é que o Estado deve oferecer universalmente a gestão de risco à sociedade. Portanto trata-se de definir de maneira ampla a função regulação e construir um Estado capaz de oferecê-la à sociedade. Regular acesso, oferta e as coberturas dentro do SUS e dentro da medicina privada, a medicina suplementar.

Reforma administrativa - Este é um dos macro desafios do Estado brasileiro. Faz ombro com outras reformas estruturais fundamentais como a tributária, a fiscal e a política. Mas é o patinho feio. A administrativa é vista entre as reformas como a última a ser pensada por envolver o fazer do Estado e pela desmotivação de enfrentar a discussão sobre a eficiência do Estado na sociedade. Desde a criação do Departamento da Administração do Pessoal na ditadura Vargas, passando pelo Decreto-lei n.º 200/67 da ditadura militar e pela reforma administrativa Bresser[5] no governo Fernando Henrique Cardoso, busca-se uma saída para a questão da eficiência. Estas reformas conseguiram alguns avanços, mas estes em parte foram compensados por outros retrocessos.

Assim a Constituição de 88 esterilizou as alternativas do Decreto-lei n.º 200. Autarquizou as fundações estatais e acabou com a possibilidade da existência das fundações de direito privado. Esta última foi parcialmente recuperada a partir da reforma Bresser, mas com uma solução ruim na área de pessoal (emprego público). Da mesma forma, as autarquias perderam muito de sua capacidade de atuação e mesmo as empresas públicas foram muito tolhidas. Ocorreu nos anos de redemocratização um movimento pendular de negar a autonomia e o processo de descentralização da gestão. Paralelamente os Tribunais de Contas passaram a agir na gestão e não na fiscalização. Obras e serviços hoje são analisados *ex ante* e não *ex post* como deveria ser a função destas cortes. Assim, o que se tem é uma desresponsabilizacão do Executivo em relação a suas obrigações. O Estado brasileiro é muito atrasado e precisa de uma reforma de sua estrutura legal. Ele está próximo à paralisia e aí tem tentado lançar mão de alternativas, em particular oriundas da reforma Bresser, que no entanto ainda são relativamente incipientes.

Cooperação público-privada - Neste caso se enquadram as parcerias com a iniciativa privada. Não confundir com Parceria Público Privada (PPP), que é um modelo interessante e que na saúde ocorre neste momento apenas na experiência do Hospital do Subúrbio em Salvador com excelentes resultados. Este tópico enquadra-se na área da reforma administrativa. E, de novo, seu grande desafio é a capacidade de o Estado definir o que quer e construir uma relação transparente com o contratado, que é sempre uma organização privada com finalidade lucrativa. O que se refere como parceria com a iniciativa privada aqui restringe-se às parcerias com entidades sem finalidades lucrativas e estão no campo da cooperação público-privada. Basica-

5. Luiz Carlos Bresser-Pereira foi Ministro da Administração e Reforma do Estado de 1995-1998 no Governo de Fernando Henrique Cardoso.

mente são as relações desenvolvidas entre organizações sociais e o Estado. Hoje muitos estados e municípios têm experiências para serem analisadas e até mesmo já existem os maus exemplos que também devem ser analisados. Eles normalmente revelam uma incapacidade do Estado em escolher instituições e em particular mostram sua incapacidade em fiscalizar, dar transparência à relação com estas instituições. Certamente as melhores experiências do Brasil com este modelo ocorrem em São Paulo (estado e município).

É neste tópico que se inserem os hospitais de excelência e o Proadi. Também alguns dos hospitais de excelência trataram de criar suas organizações sociais para desenvolver suas parcerias com a administração pública. O HSL administra três hospitais públicos, o Hiae administra dois hospitais públicos e o HMV criou e administra um hospital dedicado a atender o SUS.

Terceirização - O modelo acima exposto pode ser considerado uma terceirização, mas dado não ter lucro envolvido é um modelo de cooperação. No entanto, as questões tecnológicas e de escala econômica trouxeram para o campo da saúde a necessidade de pensar na terceirização de áreas menos nobres, como a limpeza, segurança patrimonial, manutenção, lavanderia e áreas mais nobres, como os serviços de patologia clínica, diagnóstico por imagens, anatomia patológica e até a contratação de equipes médicas como ocorre na anestesia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pronto-socorro. Este movimento é, em grande medida, fruto da incapacidade de trabalhar com as limitações da administração pública. Porque terceirizar a limpeza? Principalmente pela impossibilidade de responder ao *turnover*[6] dessa área com o instrumento do concurso público. E da mesma maneira, nas áreas mais sofisticadas, pela incapacidade de acompanhar as práticas de remuneração do mercado como ocorre na área de imagem ou de anestesia. Ou a incapacidade de montar sistemas de realização de exames laboratoriais com escalas econômicas (que o setor público tem), mas que exigem uma dinâmica na manutenção da capacidade de gerenciar a tecnologia e repor equipamentos e materiais que a Lei n.º 8666 não permite.

Aferição de resultados - Medir. Esse é o desafio. Nada é adequadamente medido. Principalmente na área pública, em particular decorrente da baixa informatização, medir é uma tarefa mal realizada. Com certeza buscar explicar essa incapacidade utilizando como causa um meio – a informatização – também é em parte um equívoco. Na verdade realça-se o baixo nível de informatização como forma de destacar o atraso do setor público na utilização da tecnologia da informação que trouxe um empoderamento organizacional fundamental. Mas a incapacidade de medir tem que ver muito mais com a incapacidade de definir objetivos e construir indicadores adequados. Essa incapacidade de medir é também reflexo da falta de transparência das ações do Estado na sociedade e que é um fato histórico. Talvez essa seja a transformação mais exigida hoje. Como o Estado estabelecerá vínculos com a sociedade a quem ele deve servir? A sensação que se tem é que existe uma inversão nos elementos que se analisam e aí os meios ocupam um espaço desproporcional em relação aos fins. Assim é mais importante fazer do que entregar. Ser lucrativo ou não é anterior à discussão das entregas e em particular a discussão da capacidade de ser mais eficiente e, em o sendo, de gerar mais impacto.

Com certeza existe pouco acúmulo nesta discussão e, em parte, os atores da saúde no Brasil têm, envergonhadamente, evitado discutir com profundidade a questão da gestão. A entrada dos seis hospitais de excelência nessa equação traz uma oportunidade a mais para aumentar esse acúmulo que talvez gere a massa crítica que transforme a realidade. Finalmente um antigo ditado espanhol que se refere a uma derrota para os árabes talvez possa servir de lição para os dias atuais: "Vieram os sarracenos e nos derrotaram, porque Deus ajuda os maus quando estes são em maior número que os bons". Temos que buscar mais bons e eles virão do bom debate.

6. Termo utilizado pelos Recursos Humanos (RH) para determinar a taxa média entre admissões e desligamentos em relação ao efetivo médio em uma empresa.

MESA REDONDA

A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil

Wilson Rezende da Silva
Consultor da FGV Projetos e Pesquisador Associado do GVsaúde. Atua como Professor e Coordenador Acadêmico de cursos do FGV in company.

UM PAÍS COM AS ATUAIS características da realidade brasileira, com o perfil demográfico vigente, com o perfil epidemiológico que temos e com as condições socioeconômicas dentre as quais eu destaco nos últimos anos: a) a inserção de grande número de pessoas atingindo a condição de verdadeiros cidadãos; b) o ingresso de parcela significativa da população na condição de consumidora e usuária de bens e serviços públicos; e c) que tem um modelo ainda médico centrado e hospitalocêntrico, sempre precisará de mais médicos e mais hospitais.

Eu vou trocar aqui as palavras "mais hospitais" genericamente por mais capital, por mais investimento em ativos fixos e tecnológicos. Nessas condições, o necessário acréscimo de capacidade deve ser provido pelo capital público/estatal, pelo capital privado ou por uma configuração mista entre esses dois. Essas questões, capital público/estatal, capital privado, mais a questão da gestão e dos modelos de gestão foram centrais nas discussões que antecederam a nossa apresentação. Esta mesa tem a finalidade de discutir o ingresso do capital estrangeiro na saúde. Por isso, a coordenação do evento preparou para os palestrantes uma pequena ementa para ajudá-los na orientação das suas falas. Vou repetir muito rapidamente para vocês os principais tópicos explicitados pela coordenação. Além da questão da constitucionalidade ou eventual inconstitucionalidade, a coordenação levantou para os palestrantes quatro pontos:

1) se a participação do capital estrangeiro representa uma ameaça aos princípios do SUS e em que termos se dá eventualmente essa ameaça;
2) se a entrada de capital estrangeiro na saúde irá contribuir para a expansão e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde no Brasil;
3) quais questões deveremos discutir quando se trata da presença do capital estrangeiro na assistência à saúde;
4) quais seriam os modelos mais aceitáveis para essa participação.

É óbvio que os palestrantes não vão estar circunscritos a essas questões, mas a ideia foi dar um indicativo que poderia nos auxiliar nesse debate.

A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil

Francisco Balestrin
Presidente do Conselho da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

O ASSUNTO PODE SER interessante, mas não deixa de ser árido. Nesta apresentação, gostaria de trazer algumas observações importantes a respeito do tema. Primeiramente, pretendo falar somente daquilo que entendo e é factual; não farei qualquer tipo de especulação. Em segundo lugar, sou representante da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) e não do setor privado de saúde. Por esta razão, vou limitar-me, por uma questão de representatividade e também de conhecimento, a falar especificamente daquilo que diz respeito aos hospitais brasileiros e qual a percepção que se tem sobre o assunto. Quem esperava uma defesa forte do capital estrangeiro vai se frustrar com a minha apresentação, pois eu não vou fazê-la.

Não vejo tanto entusiasmo em relação ao capital estrangeiro, até porque não existe tanta atividade econômica no setor de saúde, principalmente no Brasil. A professora Ligia Bahia retrata exatamente aquilo que nós pensamos a respeito do sistema de saúde brasileiro, que padece de uma série de problemas que não são oriundos nem da presença nem da ausência do capital estrangeiro. No Brasil, em 2014, houve um investimento de R$ 450 bilhões em saúde, o que representou 9,2% do PIB brasileiro. Desse valor, 45% são de origem pública e 55% de origem privada. Esta é a primeira grande distorção do sistema – o setor público ausenta-se do financiamento da saúde – e ninguém tem dúvida de que a saúde é subfinanciada no setor público. Esses 45% são divididos entre as verbas que o governo federal, os estados e os municípios têm que investir. O governo federal investiu R$ 90 bilhões.

Entre as dez maiores economias do mundo, o Brasil é o único país em que o setor privado é maior que o público. Isso é alarmante, especialmente considerando a população e com as necessidades sociais brasileiras. Até os Estado Unidos, que eram semelhantes nessa idiossincrasia, com o modelo novo implantado pelo *Obama Care* conseguiu fazer com que o investimento público seja maior que o investimento privado. A média de investimento no setor público nos países de Primeiro Mundo é de 70%, e o Estado comparece com algo em torno de 9% do seu PIB. No Brasil, além do investimento público ser menor – 45% –, o estado comparece apenas com 2% deste montante. No setor privado, dos R$ 250 bilhões que foram investidos, as operadoras de planos de saúde foram responsáveis por R$ 110 bilhões; os outros R$ 130 bilhões são despesas *out of pocket* – os cidadãos tirando dinheiro do bolso para gastar em saúde, pagando consultas que não são cobertas, exames que não conseguem acessar pelo SUS. A família cotiza-se e paga, usando essas chamadas clínicas populares – que são um fenômeno que também precisa ser analisado –, cobrando consulta a R$ 80, raio-X a R$ 10 e exame laboratorial a R$ 6.

A política farmacêutica

O Brasil é uma das poucas economias desenvolvidas onde o cidadão não tem direito a medicamentos e acaba tendo que fazer o investimento. Quantos cidadãos atendidos no setor público ou no setor privado, antes de ir para casa, não passam na farmácia para comprar o medicamento? O Brasil não trata saúde da forma como deveria, mas subfinancia, tem um modelo fragmentado, não assume a gestão, não assume a discussão. Quem deveria liderar a discussão do modelo assistencial no país? Os hospitais privados? A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou o governo federal? Se o modelo de assistência no país não for discutido, uma série de outras questões importantes também não serão discutidas, como o modelo de remuneração, que é iníquo, gera demanda e corrupção.

Quando se fala de capital estrangeiro, é necessário perguntar: por que ele chegou? Durante a Constituinte, percebia-se claramente a distinção de dois grupos focados na discussão da saúde. O primeiro grupo com a visão mais sanitária e da assistência estatal. O segundo já era focado nos aspectos empresariais da saúde. Essas discussões foram importantes, fizeram com que a Constituição fosse relativamente extensa, mas ao mesmo tempo proporcionou muitas discussões. O capital estrangeiro

em saúde no nosso país não é novidade, não surgiu agora. Até 1988, o capital estrangeiro em saúde existia normalmente no país. Várias operadoras de planos de saúde eram internacionais e em várias cidades brasileiras havia empreendimentos privados de capital estrangeiro. Também existiam hospitais privados estrangeiros no Brasil; por exemplo, uma grande rede chamada American Medical International (AMI) tinha um hospital na Aço Minas, que era estrangeiro. O hospital que hoje se chama Hospital Aliança, na Bahia, também pertencia a este mesmo grupo estrangeiro, com uma associação local.

O que houve naquele momento? Houve uma visão tática do capital empresarial nacional, juntamente com a percepção de que existia algo interessante sob o ponto de vista daquilo que os setores sanitários propunham, tendo ocorrido naquele instante um acordo tácito, de promover uma vedação ao capital estrangeiro na assistência à saúde, que envolvia as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços de saúde, tais como laboratórios, hospitais, serviços de diagnóstico, todos eles. E assim o capital ficou proibido exatamente por conta dessa aliança tática.Todos esses empreendimentos estrangeiros foram vendidos para empresários nacionais, sem exceção, planos de saúde e hospitais.

O que houve a partir disso? Em 1998, o artigo 99, parágrafo terceiro da Constituição, vedava capital estrangeiro na assistência à saúde e dizia que as formas de vedação seriam regulamentadas por lei. O que foi feito, de fato, em 1990 com a lei do SUS, no artigo 151, que praticamente repetiu aquilo que estava na Constituição, mantendo a mesma vedação, inclusive com a mesma redação. Em 1998 foi então promulgada a Lei n.º 9656, sobre a regulamentação dos planos de saúde no nosso país. Logo no seu *caput* ela admite capital estrangeiro de pessoas físicas e jurídicas nas operadoras de planos de saúde, ou seja, permite desde a vinda de uma empresa como a *UnitedHealth* – que comprou uma empresa brasileira (porque isso é uma compra de um operador estratégico) – até a *IPO*[1] (*Initial Public Offering*), na medida em que permite o capital para investimento em Bolsa.

Redes verticalizadas

O que aconteceu a partir daí? Essas operadoras de planos de saúde, sem qualquer tipo de vedação para a vinda de capital estrangeiro, passaram a configurar as suas redes verticalizadas (de novo, uma questão de estratégia empresarial). Essas empresas compraram hospitais, serviços de diagnóstico e, neste momento, estabeleceu-se uma assimetria de mercado, em que planos de saúde poderiam comprar hospitais, montar redes hospitalares e, consequentemente, ter as vantagens de uma rede hospitalar. Quando se tem uma rede hospitalar, é possível comprar melhor, organizar melhor, ter melhores processos, melhor estruturação, mais resultados. Por outro lado, os hospitais privados brasileiros tinham de continuar da forma como atuavam antes, ou seja, *stand alone*, sozinhos no mercado sem poderem se unir. Este cenário promoveu um enfraquecimento da rede hospitalar brasileira privada não ligada às operadoras de planos de saúde.

Em 2014, simplesmente houve uma equalização em termos de direitos na possibilidade de captação de recursos externos para hospitais ligados e não ligados a operadoras de planos de saúde, ou seja, ligados a recursos financeiros via capital nacional. Na questão do capital, seja ele nacional ou estrangeiro, o importante é que ele traga para as instituições aquilo que hoje aparentemente falta: estrutura, organização, governança corporativa e governança clínica. Sem isso, não haverá bons resultados e a qualidade da atenção vai ficar cada vez pior, porque faltam cada vez mais recursos para o setor privado como já falta para o setor público. Não há nenhuma tendência para que esse ambiente melhore, nem de um lado nem de outro. O que se precisa fazer é ter melhores condições de ser operador.

Acreditação

No Brasil, há pelo menos quatro instituições focadas nos processos de acreditação: a Organização Nacional de Acreditação (ONA), a Joint Commission International (JCI), a Canada Accreditation e a National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (Niaho). Ou seja, esses modelos estão disponíveis, não há necessidade de vir o capital estrangeiro para incentivar a qualidade. Ele serviria, eventualmente, para estimular duas coisas: primeiro, quando essas empresas vêm elas trazem responsabilidades empresariais ligadas a grandes acordos que se faz principalmente na Bolsa de Valores (ética empresarial, *compliance).* Essas empresas não virão aqui, provavelmente, para fazer algo que não possa ser levado à Bolsa de Valores americana ou à brasileira.

1. Oferta Pública Inicial é o processo pelo qual uma empresa passa a ser de capital aberto

A Bolsa de Valores brasileira, no chamado nível três, não comporta empresas que não possam ter o modelo comprovado de governança corporativa, modelos de compliance, ética; as empresas brasileiras em Bolsa são de classe mundial. Então, se isso for trazido para o país, melhorará esse ambiente onde há hospitais desorganizados, em que a administração é fraca e os médicos e os serviços são mais fortes que a administração, porque existe uma gestão, existe um modelo, existe capital. Outra vantagem é o fato de que, eventualmente, podem ocorrer investimentos nacionais nos hospitais brasileiros. Hoje, não existe capital nacional para hospital privado, não existe estímulo. A Lei n.º 582, MP 582, que deu desoneração de folha de pagamento para várias instituições brasileiras em 24 diferentes setores, e que agora está sendo discutida, deu até isenção fiscal para hotel comprar coqueteleira, para pedras ornamentais, mas não proporcionou isenção fiscal para hospitais privados.

Dívidas

O capital nacional é extremamente medroso de investir em hospitais, uma vez que se coloca capital oneroso nas instituições e elas quebram. As Santas Casas de Misericórdia do Brasil devem R$ 17 bilhões atendendo ao Sistema Único de Saúde (SUS); 53% da assistência à saúde no SUS é feito pelas Santas Casas de Misericórdia e elas estão todas quebradas. Quando ocorre um estímulo como uma linha de crédito no Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), essas linhas, contraditoriamente, só são dadas para as instituições que conseguem apresentar o seu certificado negativo de débitos, ou seja, estejam em dia com impostos, com pagamentos. Como elas não estão, não conseguem levantar recursos. Quem levanta recursos no Brasil? Os campeões nacionais são a Friboi, o Eike Batista e outros. Uma empresa como a Friboi doou R$ 380 milhões para campanhas políticas, aliás, há um estudo que mostra exatamente a doação de operadoras de planos de saúde para campanhas políticas e não se encontram recursos doados por hospitais.

E mais: o capital nacional não confia no mercado nacional nem no empresário nacional. Por quê? Empresário nacional não tem padrões de organização, não tem padrões de governança, não sabe o que é uma auditoria, não sabe o que é um processo organizado, por mais esforço que a Fundação Getúlio Vargas faça na formação dos gestores. Porque o problema não é o gestor, é o dono, é o proprietário. O Brasil é um país que tem excelentes profissionais e gestores no setor de saúde, mas péssimos donos de hospitais.

A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil

Lenir Santos

Especialista em direito sanitário pela Universidade de São Paulo (USP); coordenadora do curso de Especialização em Direito Sanitário Unicamp-Idisa

MEU PRIMEIRO PONTO seria a proposta de discutir a questão do capital estrangeiro na saúde para além da Constituição. Uma proposta difícil pelo fato de a carta constitucional ser a regra do jogo da democracia brasileira.

Se quebrarmos a regra a nosso bel prazer, ainda mais em campo de direito social, como fica a governabilidade na saúde se somos "pautados" pela força daqueles que a querem explorar como lucro? Além do mais, nos foram propostas algumas questões orientadoras deste debate em formato de perguntas. Penso que no presente caso – exatamente por tratar-se de uma violação à ordem jurídica – temos muitas perguntas a fazer. O que queremos é fazer perguntas para poder tentar entender o motivo dessa violação.

As perguntas orientadoras do debate são:

- Essa participação representa uma ameaça aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)? Em que termos?
- Ela vai contribuir para a expansão e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde no Brasil?
- Quais as questões a discutir quando se trata da presença do capital estrangeiro na assistência à saúde?
- Quais seriam os modelos aceitáveis para essa participação?

Vamos às respostas.

Essa participação representa uma ameaça aos princípios do SUS? Em que termos?

Talvez o ponto essencial deste debate seja responder a esta questão: Como a presença do capital estrangeiro na saúde no Brasil viola princípios do SUS? Se nós nos prendermos a analisar os princípios do SUS e verificar se eles serão violados com esse investimento estrangeiro, estaremos levando o debate para responder aos interesses de quem abriu a assistência à saúde ao capital estrangeiro porque poderá parecer simples dizer que a atuação privada na saúde, seja com capital nacional ou estrangeiro, não viola o princípio do SUS. Talvez não viole princípios nominais, como a universalidade, a integralidade, a descentralização.

A aprovação da lei viola a autoridade do país na organização de seu sistema de saúde público; o planejamento público voltado para o interesse da garantia de direito de cidadania; viola a cidadania ao violar a Constituição e impedir que a autoridade pública, mediante planejamento, possa dizer onde e quando se devem criar as exceções à regra da vedação, porque ela, a lei, admite exceções em nome do interesse público. Quebra o princípio da soberania do país para fundamentar e autorizar, de maneira regulada, os investimentos econômicos na saúde, de maneira a atender aos reclamos sociais. Primeiro deve-se responder se precisamos; depois porque e onde; quando; quanto.

Penso que o grande princípio violado do SUS foi o da autonomia como autoridade sanitária de planejar, discutir, regular e encaminhar pelo governo Projetos de lei (PL) com as exceções à regra da vedação, justificadamente. A abertura geral e irrestrita não fez parte do planejamento da saúde, não está prevista dentre as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS) e constitui uma afronta ao ordenamento jurídico e à direção nacional do SUS. Aqui fica a pergunta: a quem interessa essa abertura? Ao SUS em primeiro lugar ou aos interesses privados internacionais?

Ela vai contribuir para a expansão e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde no Brasil?

Certamente não, porque não houve planejamento nem plano de saúde nacional que apontasse para essas necessidades. Pelo contrário. O planejamento apontou para a necessidade de médicos com formação generalista para a atenção básica e que se dispusesse a se fixar em locais periféricos. Não apontou para a falta de investimento nacional em setores onde o governo não consegue investir, sendo assim preciso incentivar o investimento externo. Nunca foi discutido nem veiculado nenhum planejamento ou plano de saúde nacional que apontasse para tal necessidade.

Quais as questões a discutir quando se trata da presença do capital estrangeiro na assistência à saúde?

A pergunta precede outra. A discussão sobre a presença do capital estrangeiro na assistência à saúde deveria ser prévia à mudança da Constituição ou à criação de exceções. Ao invés de pautarmos os investimentos estrangeiros, fomos pautados pelos seus interesses que certamente é o lucro, e se possível de forma desregulada, como se deu com essa abertura. Agora vamos, depois de permitida sem planejamento e discussão, sem regulação alguma, apenas discutir essa presença.

Se ela é necessária, quais seus benefícios para o SUS e a população usuária; onde devem ser investidos recursos externos; como fazer para coibir benefícios fiscais, isenções, incentivos. O capital estrangeiro vai pautar o SUS, o que viola a autoridade sanitária que já ficou refém da abertura escancarada e agora irá ter de correr atrás para regular minimamente e ainda planejar, dizer onde esse capital deverá estar.

Quais seriam modelos aceitáveis para essa participação?

Volto a dizer: essa pergunta também deveria ter sido prévia; deveria ter orientado o planejamento da saúde, o PNS. Agora que a lei permitiu, vamos discutir? Vamos pensar em quais modelos seriam aceitáveis? Por que isso não foi anterior à criação das exceções, que poderiam ter vindo no interesse do SUS, de forma planejada e regulada?.

O SUS está andando para trás como autoridade sanitária da saúde pública brasileira. Ao invés de

pautar é pautado; ao invés de referenciar, é referenciado.

O orçamento míngua ao invés de aumentar; a Emenda Constitucional (EC) traz uma perda de quase R$ 7 bilhões e, nesse vácuo, abrirá espaço para investimentos estrangeiros.

Os planos de saúde são regulados no interesse das operadoras. Nova Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do deputado Eduardo Cunha, a 451, exige que as empresas garantam planos de saúde para seus empregados, aumentando o mercado dos planos e a possibilidade de investimento externo. Vamos assim espremendo o SUS para ser cada vez menor e sem qualidade.

Quais os modelos aceitáveis já é uma pergunta que nos coloca em posição inferior. E ela teria que ser prévia à abertura e não *a posteriori*. O SUS é quem deveria dizer o que quer e o investidor estrangeiro, se tiver interesse, adaptar-se aos regramentos. E não o contrário.

Concluindo, volto a dizer que a questão não está em responder a essas perguntas, mas sim em fazer perguntas como: por que se violou a Constituição abrindo totalmente a assistência à saúde ao capital estrangeiro, sem regulação? Por que isso ocorreu sem que o Ministério da Saúde fosse ouvido? O ministério fez um planejamento e verificou a necessidade de abrir a participação do capital estrangeiro a determinados setores da assistência à saúde? A justificativa do órgão é de que o capital estrangeiro já estava no país de forma ilegal e que, portanto, era melhor abrir para poder, depois, regular. É o mesmo que dizer: é melhor ser forçado pelos interesses privados econômicos na saúde do que pelas necessidades de saúde da população, pelas necessidades do desenvolvimento econômico e social.

Porque não se fizeram esses estudos e se abriu onde houvesse justificativa? A forma como aconteceu – introdução de um artigo numa medida provisória que não tratava do assunto, votada e não vetada pelo governo –, é bastante grave. Isso é violação de princípio. Por que não coube ao ministério essa decisão, fundamentada em estudos? Se não delimitamos até hoje o que cabe ao privado fazer e o que cabe ao púbico, iremos fazer em relação ao capital investidor estrangeiro? E depois da abertura?

Sabemos que temos falta de médicos para as periferias, tanto que foi feito o programa Mais Médicos[1]. Certamente não teremos investimentos estrangeiros para a atenção básica; para as especialidades, que agora estão sendo estudadas, planejadas, ela depende de mão de obra qualificada e o capital estrangeiro não trará mão de obra especializada, mas sim investirá em áreas de tecnologias; e para os planos privados de saúde, uma vez que a abertura conferida pela Lei n.º 9.656 refere-se ao investimento do capital estrangeiro nas operadoras e seguradoras e não nos serviços.

Vamos instalar competição no terceiro setor? Vamos permitir Organizações Sociais de Saúde (OSS) estrangeiras, as quais praticamente detém uma delegação pública para atuar onde o poder público se retirar da sua atuação direta? Ainda teremos o capítulo dos financiamentos públicos, dos incentivos fiscais, das renúncias etc.

Acho que não pude responder às quatro perguntas porque não tenho respostas para elas, nem para as da sociedade, que tem muitas perguntas sem respostas.

1. 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

A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil

Ligia Bahia
Professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ) e membro da Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Associação Brasileira de Saúde coletiva (Abrasco)

O ROTEIRO QUE EU preparei adota uma abordagem não normativa da literatura existente sobre esse tema, começando pelo processo de expansão e financeirização do sistema de saúde no Brasil, a partir do noticiário, do que tem sido divulgado pela mídia. Outro tópico é a agenda dos hospitais no Brasil e o último é o que me foi encomendado diretamente.

Sobre o tema, a literatura acadêmica é escassa. Na realidade, a maioria dos artigos existentes refere-se ao turismo médico e mais recentemente à problematização desse conceito de turismo. Na literatura crítica, há uma concentração maior de trabalhos sobre as experiências de ingresso de capital estrangeiro e seus resultados. Há por exemplo um artigo sobre o conceito de integração negativa, ou seja, a entrada do capital estrangeiro teria como efeito não uma integração no sentido da globalização, ou seja, um uso distinto do usual ao invés de integração com conotação positiva, seu inverso.

A literatura marrom – composta por manuais, compêndios, revistas especializadas, mas não científicas –, é muito importante para as áreas da fronteira do conhecimento, mas também é escassa em relação ao tema. A publicação mais interessante atualmente é um estudo do *International Finance Corporation* (IFC)[1]. Trata-se de um estudo para empresas de médio e pequeno porte na área de serviços de saúde e sobre como essas empresas podem obter financiamento, aproximar-se dos investidores, conhecer as melhores estratégias e quais os problemas em relação à aproximação com os investidores.

Renúncia fiscal

A segunda parte será inspirada pela indagação: por que essa lei foi aprovada? Existe uma agenda dos empresários da saúde no Brasil, cujo principal ponto é a renúncia fiscal, seja como dedução, seja como isenção. Esse é o principal alvo, quer sejam empresários do setor de serviços, como é o caso, quer sejam empresários do setor da indústria. As outras demandas são: créditos, empréstimos – o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) abriu uma linha de crédito, de empréstimos, portanto o setor se capitaliza; apoio estatal para as atividades capitalistas, o que permite que seja possível ocorrer crescimento.

Há ainda investimentos dos fundos internacionais, porque na realidade, com uma economia com altas taxas de juros como é a brasileira, é importante que os hospitais consigam ter algum tipo de investimento, não apenas aqueles oriundos de empréstimos bancários. Os hospitais têm de pagar salários, fornecedores e recebem das empresas de planos de saúde às vezes com atraso. São gastos fixos, o que pode ser um problema dos prazos de rolagem muito prolongados. Não é à toa que os hospitais brasileiros, filantrópicos e privados, estão completamente endividados. A quantificação desse endividamento configura uma lacuna no nosso conhecimento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem ao seu dispor 46% dos hospitais brasileiros e mais de 70% dos leitos desses hospitais. A maior parte dos hospitais de maior porte está conveniada ou contratada pelo SUS, mas os leitos de CTI (Centro de Tratamento Intensivo), que são os de maior complexidade ou de maior custo, à disposição do SUS vêm diminuindo. Os leitos mais caros estão mais disponíveis para os demandantes não SUS do que para os demandantes SUS.

O capital estrangeiro já está no Brasil e já tem uma entrada inclusive no setor de serviços, há muito tempo. Um dado de 2011 demonstra claramente que a rede de laboratórios Dasa[2] tem entrada do

1. Instituição membro do Grupo Banco Mundial voltada para o fortalecimento do setor privado nos países em desenvolvimento com vistas a combater a pobreza.

2. Empresa prestadora de serviços de medicina diagnóstica da América Latina

capital estrangeiro pelo menos desde 2008; o Pátria é um grande fundo de investimento internacional e está investindo no Dasa desde os anos 1990. Ou seja, a entrada do capital estrangeiro no Brasil no setor assistencial da saúde precede a legislação.

Essa é também a trajetória do Grupo D'Or, que é o maior grupo hospitalar no Brasil e que tem uma entrada de capital com atuação do BTG Pactual[3] do André Esteves. Esse grupo inclusive comprou o Hospital São Luiz de São Paulo, tendo aberto debêntures e não ações para captar recursos. Dessa forma, o BTG Pactual passou a integrar a diretoria do Grupo D'Or. É um investimento que implica, em tese, certa perda de controle por parte do grupo que o aceita. O IFC, paradoxalmente, empresta para o Grupo D'Or sob o argumento de que o Brasil é um país pobre. O banco empresta para pequenas e médias empresas para que haja desenvolvimento, aumento da riqueza. Nesse caso, ele emprestou para o Grupo D'Or que promete que vai não só atender pessoas com média renda, mas também de menor renda, em 2010.

Estratificação social

Outro elemento contextual importante é um trabalho do professor Waldir Quadros, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que vem fazendo um estudo sobre estratificação social no Brasil. Ele demonstra claramente que entre 2003 e 2009 houve mobilidade social ascendente. Os segmentos C e D deslocaram-se para cima e houve diminuição do número de miseráveis. Entre 2012 e 2013, porém, não foi o que ocorreu. Houve um aumento do que ele classifica como miseráveis por meio de um critério de renda e inserção no trabalho. Esse trabalho está disponível no site do Instituto de Economia da Unicamp sob o título "Paralisia Econômica e Retrocesso Social e Eleições". Trata-se de um texto de apoio, publicado em janeiro de 2015.

A entrada do capital estrangeiro antecedeu a compra da Amil pela *UnitedHealth* (UHG). Essa compra foi em 2012, 2013, então o capital estrangeiro já estava no país quando a Amil foi comprada, aliás foi auto-vendida. É importante fazer essa localização histórica, uma espécie de linha do tempo dessa trajetória de entrada do capital estrangeiro. O capital estava na rede própria de planos de saúde, de grupos hospitalares das unidades de diagnose e terapia como os Grupos Dasa e Fleury Medicina Diagnóstica e Saúde. Há um hospital em Volta Redonda que abriu debêntures, há bastante tempo. Ou seja, o fenômeno é antigo e extenso. O noticiário internacional concentra-se sobre a China. Há uma perspectiva de que esse país invista US$ 1 trilhão na saúde até 2020, tornando-se então o grande atrativo para investidores internacionais. Seja como for o crescimento que o país tiver, essa é uma promessa, mas é necessário coração forte para investir na China, onde há corrupção e instabilidade. Em segundo lugar, está a Índia, entre os que mais aparecem no noticiário internacional e nacional.

A imprensa brasileira é a favor da entrada do capital estrangeiro na saúde; as entidades médicas são a favor, os jovens estudantes são a favor, todo mundo é a favor, pois existe uma perspectiva muito forte de que o capital estrangeiro traga qualidade, investimento. As notícias naturalmente são poucas, mas vê-se num jornal de Goiás, por exemplo, que há perspectiva de investimento de € 2 bilhões de um grupo italiano em um hospital desse Estado, cujo contrato não passa pelas instituições de saúde. Ele é negociado pelo deputado Federal Alexandre Baldi, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), e pelo governador Marconi Perillo em Paris. Isso aconteceu em 2013, antes da aprovação da lei. Outro jornal de Goiás traz notícia mais esclarecedora porque aponta como um principal aspecto positivo as Parcerias Público-Privadas (PPPs). Anteriormente, sem a lei, não seria possível as PPPs serem integralmente às custas de investimento estrangeiro, mas agora podem ser um investimento atrativo para os fundos internacionais. Ou seja, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) e os hospitais filantrópicos também podem receber investimento estrangeiro.

O senhor Aldevanio Morato, presidente da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás, manifesta preocupação com os pequenos hospitais do Estado. Sua opinião é que os investidores procurarão as empresas de maior porte e não os pequenos hospitais. Ele salienta não ter restrições à entrada do capital, mas sim ao controle, à mudança na estrutura proprietária.

Problemas prioritários

Uma agenda realista para os estabelecimentos hospitalares no Brasil não deveria ter o investimento

3. Banco de investimento brasileiro que atua nos mercados de *investment banking*, *wealth management* e *global asset management* na América Latina

estrangeiro como prioridade. Há uma agenda acumulada, uma dívida em relação ao problema dos hospitais no Brasil, que diz respeito aos preços, à escala, ao escopo, à integração nas redes dos hospitais, sustentabilidade e qualidade. Nós estamos devendo isso. A maioria dos nossos hospitais é de pequeno porte. Há no Brasil mais de 7 mil hospitais sendo que a maioria não tem escala para ter uma operação como se deseja, com qualidade.

Ainda não se decidiu no país se o hospital é filantrópico, se é lucrativo ou se é híbrido. Quando interessa, ele é filantrópico para ter dedução fiscal; quando não interessa, é lucrativo para ter investimento.

Os hospitais são "vendedores" de materiais médicos e medicamentos, órteses, próteses. Suas contas são abertas e ainda não há sinais no horizonte da possibilidade da introdução do pagamento prospectivo. Pacote não é pagamento prospectivo, pois este requereria informações e um conjunto de investimentos para modificar o pagamento por procedimento. Por exemplo, uma internação no Hospital Israelita Albert Einstein para um parto normal é 40 vezes mais cara do que uma internação em outro hospital. Isso é um sistema de saúde? No SUS predominam os hospitais de pequeno porte e os filantrópicos lucrativos. Ainda não se decidiu no país se o hospital é filantrópico, se é lucrativo ou se é híbrido. Quando interessa, ele é filantrópico para ter dedução fiscal; quando não interessa, é lucrativo para ter investimento. Como um investidor internacional pode investir em um hospital filantrópico se ele não pode ter lucro?

Quanto aos canais de negociação por fora dos fóruns institucionalizados da saúde, na realidade nenhuma dessas negociações passa pela saúde, a não ser quando fica pronta. Aí o Ministério da Saúde é informado e aceita. A emenda constitucional é de conhecimento das autoridades da saúde, mas é uma negociação que passa inicialmente por fora dos fóruns da saúde sem qualquer aprovação do Conselho Nacional da Saúde, da Comissão Intergestores Tripartite, da Comissão Intergestores Bipartite, e sem informação aos secretários de Saúde. É uma negociação fundamentalmente econômica que passa por canais diversos. As amizades entre os poderosos são importantes. Não é o caso de ter uma falsa moral. São amigos, são pessoas que vieram de extratos sociais mais desfavorecidos e atualmente são empresas que se favoreceram muito por essa mobilidade social dos segmentos C e D no Brasil.

A agenda dos hospitais não é sequer a agenda de todos os empresários da saúde. Os temas consensuais são a renúncia fiscal, o crédito, o investimento nacional. Essa pauta não está preocupada com necessidades de saúde, com integração na rede, com o SUS, com a nação brasileira, para onde vamos, etc. Não está. Embora agora haja um livro branco da saúde, ele traz proposições alheias aos problemas de saúde.

Por fim procurarei responder às perguntas que nos foram enviadas pela organização do seminário. Essa participação do capital estrangeiro representa uma ameaça? Sim, representa. Porque não tem interface com o SUS, não há menção ao SUS no texto da emenda. A palavra SUS desapareceu do vocabulário da nossa presidente da República. Atualmente se observa até uma tendência de substituir SUS por Sistema Brasileiro de Saúde.

Não há menção a aspectos sanitários, necessidades de saúde, vazio sanitário. Não há sequer, do ponto de vista econômico, menção aos oligopólios. Seria o mínimo que qualquer setor que se abra para a entrada de fundos internacionais se prevenisse contra, o que é uma falha do capitalismo reconhecida na literatura, isto é, a tendência à formação de oligopólios.

Igualam o filantrópico ao privado. Trata-se de uma tentativa improvisada de fornecer um salvo-conduto para as negociações de empresários e fundos internacionais com intermediação de autoridades do Executivo. Investimentos internacionais não irão contribuir para a expansão e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mas sim para fusões e aquisições. Contribuirão sim para que as redes possam adquirir outro tipo de escala. Poderão contribuir para o aumento da eficiência. No que se refere à qualidade, depende da definição da palavra. Se for definida como resultado em termos de eficácia sanitária e etc, não, mas em termos genéricos sim. Pode estimular o uso de padrões, isso melhora a eficiência, então é inegável que sim.

Quais seriam os modelos aceitáveis para essa participação? Sob os valores e princípios do SUS.

Quais as questões e tarefas que as instituições de ensino e pesquisa devem discutir quando se trata da presença do capital estrangeiro na assistência à saúde? Uma primeira, é o direito à saúde. A Advocacial-Geral da União (AGU), a mesma que disse sim para a fusão, ou a compra da Amil pela *UnitedHealth*, disse não para essa lei. Mas o parecer da AGU foi desconsiderado em relação à aprovação. É muito importante ler esse parecer, que alega que esse decreto é inconstitucional. Há ainda outro problema: o pacto societário expresso na Constituição. A pergunta é se o Brasil quer ou não o SUS. O pacto societário firmado na Constituição inclui o SUS e, nesse sentido, essa lei abala profundamente esses alicerces.

É necessário aprofundar o conhecimento, elaborar perfis sobre o setor privado, monitorar os investimentos para trás e para a frente, mapear tendências internacionais. A Escócia teve uma experiência de investimento de fundos estrangeiros e já saiu dela. Xangai teve uma experiência e hoje tem um sistema universal (só Xangai, não a China). É preciso estudar essas experiências, para ver exemplos positivos ou não, dar visibilidade acadêmica ao tema.

É importante realizar seminários com empresários, também com o pessoal da educação, porque os cursos de educação superior no Brasil tiveram investimento estrangeiro e têm uma experiência para relatar. O Ministério Público, o Poder Judiciário os órgãos de controle, inclusive a AGU e o Tribunal de Contas da União (TCU), devem ser convidados para permitir um debate mais amplo, para além da saúde.

A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil

Walter Cintra Ferreira Jr.

Diretor-executivo do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

MEU PRIMEIRO PONTO seria a proposta de discutir a questão do capital estrangeiro na saúde para além da Constituição. Uma proposta difícil pelo fato de a carta constitucional ser a regra do jogo da democracia brasileira.

Acho fundamental esse tipo de discussão e debate, principalmente quando se dá num ambiente acadêmico que teoricamente devia ser livre de qualquer preconceito para debater ideias e tentar entender a complexidade da nossa realidade. Uma das questões que me preocupa, me angustia, é que toda vez que se tenta por meio de modelos, leis e normas resolver questões extremamente complexas como a que estamos debatendo hoje, a questão da saúde, tais modelos são obrigatoriamente redutores. Assim, precisam ter flexibilidade, ser revistos, repensados e rediscutidos e o ambiente acadêmico é privilegiado para isso.

Eu queria começar falando, independentemente de dizer se é bom ou ruim, se sou contra ou a favor, sobre o financiamento estrangeiro, a entrada do capital estrangeiro no país. O que chama a atenção, ainda mais pela situação política brasileira, é ver como isso foi aprovado. Não sou das lides jurídicas, mas como cidadão fico muito incomodado. Uma medida provisória, que aparentemente era para cuidar inicialmente de aerogeradores de energia, e que depois acabou com tabela de Imposto de Renda, dívidas de clubes de futebol e mais um monte de coisas. E, no meio, uma questão que afeta algo que está colocado na Constituição.

Isto leva, no meu entender, à percepção de que há uma fragilização das nossas instituições e, portanto, coloca a democracia em risco. O que coloca a democracia em risco não é eleger um governante

ruim, pois é sempre possível mudar o voto na próxima eleição. O que coloca a democracia em risco é ficar mudando as regras de maneira aleatória ou de maneira capciosa, casuística, tratando as instituições dessa maneira. Meu primeiro incômodo: como um assunto, de repente, numa penada, num jogo de cena, agora se torna possível? Antes não podia e agora pode. Então tá bom e vamos seguir em frente.

Capitalismo e lucro

Considerando a questão colocada para nós palestrantes – "A participação do capital estrangeiro ameaça, põe em risco os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)?" –, eu colocaria isso de outra maneira. Hoje de manhã discutimos aqui neste mesmo evento que o Brasil é um país capitalista e num capitalismo há o lucro. Eu colocaria essa questão do risco pensando em termos de atividades econômicas concorrenciais. E faria uma pergunta: São Paulo tem 60% de cobertura de planos de saúde; no Brasil está na casa dos 25%; e no Estado de São Paulo, 43%. Por que temos plano de saúde privado? Por que pago plano de saúde para mim, para minha mulher e meus filhos? Evidentemente é um dinheiro que eu estou gastando que gostaria de não ter de gastar. Não pago plano de saúde por convicção de que quero pagar um plano, ter um plano privado. Pago porque não me sinto seguro o suficiente para ficar só na dependência do SUS. Não me sinto confortável e, como tenho um poder aquisitivo que me permite um plano de saúde com algum diferencial, simplesmente eu vou lá e pago. O capital privado, por si só, não traz risco e nem benefício.

Gonzalo Vecina deixou claro em sua apresentação que não devemos ser burros, mas tampouco ingênuos de achar que as coisas não têm consequências. Para mim, é claro, são duas atividades que disputam o mercado, são atividades concorrentes. Se eu tenho um sistema público no qual eu não tenho de gastar do meu bolso, que atende totalmente a minhas necessidades, para que eu iria ter um plano de saúde privado? E se esse pensamento faz sentido para a maioria das pessoas, provavelmente se isso acontecesse, se o SUS tivesse boa qualidade, não teríamos sistema privado de saúde, naturalmente. Então existe, evidentemente, uma atividade concorrencial aqui.

As professoras Ligia e Lenir colocaram muito bem, identificaram muito bem os atores, os agentes desse processo. O sistema capitalista é de acumulação e não de distribuição, enquanto o SUS é um sistema solidário. Estamos vivendo numa consolidação do mercado da saúde suplementar, com operadoras comprando outras operadoras, investimento estrangeiro nas operadoras de planos de saúde, as operadoras nacionais com participação estrangeira ou não. Uma das maiores – a Unimed – aposta na verticalização, ou seja, ao invés de credenciar, pagar serviços credenciados, assume como próprios os serviços de prestação de assistência à saúde. No caso das operadoras que têm sido alvo do capital estrangeiro, a Amil, a Intermédica... Os hospitais próprios da Amil não entraram no pacote porque não podia, mas agora vai poder. Provavelmente será onde vai rapidamente acontecer a entrada do capital estrangeiro; a mesma coisa com a Intermédica.

O SUS

É importante lembrar, falando ainda dos riscos para os princípios do SUS, que o SUS foi constituído a partir do processo de reforma sanitária do país. Quando foi aprovado, eu vi mais de uma pessoa comentar, tanto na televisão quanto na academia, que aprovaram um sistema muito avançado. De fato, houve um descompasso que não reflete a verdadeira relação de forças na sociedade. É um sistema muito mais solidário, até com forte componente estatal, claramente um sistema de bem-estar social, quando na sociedade a relação está mais para a iniciativa privada, a concorrência.

Saúde como direito também entrou na Constituição, mas há quem ache que não é bem assim, que o cidadão deve cuidar da sua saúde. Ainda temos nossos republicanos escondidos por aí, mas foi uma coisa que surpreendeu pela própria coalizão de forças no Congresso, do Eduardo Jorge, à época no Partido dos Trabalhadores (PT), ao Ursicino, do Partido da Frente Liberal (PFL). Foi realmente uma conquista, um embate político. Evidentemente, esse embate não terminou ali. Todos sabíamos que ia continuar e refiro-me aos riscos do SUS. Hoje a saúde é um motivo de reclamação e o SUS é sempre um motivo de insatisfação da população. Campanha eleitoral sim, campanha eleitoral não, o SUS entra como um dos focos principais, sempre com muita insatisfação.

O SUS promoveu uma reforma do aparelho do Estado. Só podia ter repasse de recurso do sistema. A municipalização precisa ter conselho municipal de saúde, precisa ter fundo de saúde. Houve prefeitos que utilizaram dinheiro da municipalização

para comprar fazendas. Essas coisas acontecem no país. Mas evidentemente houve uma grande evolução, uma reforma, talvez até inesperada, do aparelho do Estado, à custa do financiamento. Quer fazer financiamento, quer fazer assistência básica, deve seguir no programa saúde da família, se não, não vai ter financiamento. Quer fazer assistência de emergência? Tem que ser Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), se não, não vai ter o financiamento. Tem que ser Samu, o número tem que ser 192, a ambulância tem que ser de tal cor, até a central de chamada tem que ser do jeito que o governo está financiando. Isto promoveu uma grande reforma.

Evidentemente os problemas todos não foram resolvidos. Ainda temos problema de acesso. Aliás, talvez esse seja o grande problema do SUS, porque quem mais fala mal do SUS é quem não o usa, porque o cidadão que tem acesso ao SUS, todas as pesquisas mostram, demonstram grande grau de satisfação quando o utilizam. Como seu principal problema é ter acesso ao sistema, quando ele o consegue isso já é um motivo de satisfação.

Ainda nos riscos do SUS, nós vivemos numa sociedade onde a reivindicação do movimento sindical é mais SUS ou eles pedem planos de saúde dos seus empregadores? E o Senado Federal, que tem seu plano de saúde? Os senadores não usam o SUS. Esses são os riscos e o capital estrangeiro entra nesse contexto. Ele não é um risco por si só, mas sim dentro desse contexto. Vai melhorar? Vai ampliar?

Demanda a atender

A saúde suplementar vem crescendo muito nos últimos anos, pois o aumento do emprego no país levou a um aumento importante dos beneficiários de planos de saúde. Os hospitais privados ampliaram muito a sua capacidade de leitos e de realização de exames, contando inclusive com financiamento subsidiado do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Se fizeram isso foi porque havia uma demanda para atender. Acredito que esse capital estrangeiro vai atuar exatamente no mesmo filão onde está atuando o capital nacional, ou seja, nos procedimentos de alto custo. Não será em maternidades que eles vão investir o seu dinheiro.

No SUS qual é o espaço que eles vão ocupar? Não sei dizer. Vão ser provedores de serviços? Vão ser provedores de modelos de gestão num eventual sistema de gestão de serviços SUS? Neste momento não é isso que está posto. O que está posto é muito claro: quais as questões a tratar em relação ao capital estrangeiro. Na verdade, eu acho que são as mesmas questões que a gente deve tratar em relação ao capital nacional.

Precisamos reconhecer que o modelo estatal puro não dá conta da necessidade e da complexidade dos serviços de saúde, da agilidade imprescindível.

Primeira coisa: a saúde tem de ser uma atividade regulada pelo Estado. Lembrar que antes da regulação dos planos de saúde havia coisas do tipo Nipomed, carteirinha de desconto vendida como se fosse plano de saúde. Tínhamos cláusula com letrinhas pequenas. O primeiro plano de saúde que eu comprei tinha cláusulas com letrinhas bem pequenininhas, tinha limite de internação. Eu dava plantão num hospital que atendia a Blue Life. Como funcionava esse plano? Era um plantão tranquilo; atendia três a quatro pacientes em 24 horas. Só havia um detalhe. Esse plano de saúde tinha algo muito estranho: dava direito a 30 dias de internação; quando o paciente chegava você ficava ali contando quantos dias ele ainda tinha de direito à internação para saber se ia internar ou não. Vocês hão de convir que não é exatamente uma atividade com a qual o médico deveria se preocupar quando está atendendo um paciente.

Mais gastos, mais ganhos

Tem cabimento ter um plano de saúde desse jeito? Acho que todo mundo diz que não. Essa atividade precisa ser regulada. Além disso, na saúde, ao contrário dos defensores da lógica de mercado, o mercado é um péssimo alocador de recursos, principalmente num sistema que tem um modelo de financiamento em que quanto mais eu gasto, mais eu ganho. Porque hoje os hospitais são bancas de venda de materiais e medicamentos. O financiamento desses hospitais é desta maneira. Sem falar que todos os intermediários e comissionados entram nessa corrente de quanto mais eu gastar mais eu ganho.

As próprias operadoras de planos de saúde lidam com essa questão, inibindo a utilização. Algumas até perceberam que precisam começar a fazer programas de promoção à saúde, porque viram que isto racionaliza o gasto. Mas isso é marginal. A maioria das operadoras controla o fluxo de caixa, negando autorizações, jogando para o mês seguinte e tentando controlar a sinistralidade. Não me parece um modelo voltado para promoção de saúde. No SUS, a questão do financiamento está se o capital privado vai entrar nesse sistema ou não. Qualquer capital, seja ele privado ou estrangeiro ou nacional, no final vai ser dinheiro público, porque o capital privado não vai entrar no sistema de saúde para não ser remunerado. Então o dinheiro público vai remunerar esse capital, seja estrangeiro, seja nacional. Capitalista nacional ou estrangeiro, para mim não faz diferença.

O que no SUS precisa ser considerado é que não é um sistema para fazer serviços de saúde, procedimentos de saúde. É um sistema para fazer saúde. Então, é necessário fazer gestão de saúde com base numa racionalidade técnico-social, considerando as questões de equidade, das populações sob condições de risco. Tem de fazer gestão de saúde, tem de fazer gestão dos serviços de saúde, tem de fazer gestão das doenças e gestão de casos. Precisa dar conta de tudo isso e são coisas diferentes; uma não pode ser confundida com a outra. E aí caindo na questão da participação ou não da iniciativa privada, com finalidade lucrativa ou não, na provisão de serviços e na gestão de saúde.

Eu acho que faz muito pouca diferença se a gestão é feita diretamente pelo Estado, se é por uma entidade privada sem fins lucrativos ou se é uma entidade privada com fins lucrativos. Precisamos reconhecer que o modelo estatal puro não dá conta da necessidade e da complexidade dos serviços de saúde, da agilidade imprescindível. Vários modelos foram propostos e eu queria encerrar usando um exemplo do modelo das Organizações Sociais de Saúde (OSS), do qual eu pude participar e do qual fui muito entusiasta na época. Disse isso em eventos e ainda o considero muito interessante de ser estudado porque ele nada mais é do que a terceirização da gestão do serviço. Se a entidade é filantrópica, não é filantrópica, eu acho que são questões secundárias. Para fazer a terceirização da gestão do contrato, para fazer a análise de resultados, o Estado precisa estar equipado, precisa estar qualificado. É muito interessante pegar o que aconteceu no passado: em 1993, o Hospital da Vila Maria passou a ser administrado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) por meio de um contrato que não chamava de gestão e não tinha lei para fazer essa contratação. Quando veio a lei das OSS, a SPDM administrou outros hospitais. Comparando com outros hospitais administrados no âmbito do governo do Estado, aquele administrado pela Prefeitura tinha gritante diferença. No caso do Estado, havia controle da gestão, controle de indicadores, o repasse era garantido; com a Prefeitura de São Paulo, não havia equipe técnica de acompanhamento de contrato, não havia metodologia de acompanhamento de contrato e mais, quando chegava outubro, o dinheiro acabava e não era repassado o recurso.

Então, modelo de gestão não garante nada, nem financiamento, nem qualidade. O que vai garantir isso é se de fato o Estado forte e regulador estiver instrumentalizado para fazer a gestão e entregar para o cidadão aquilo que ele precisa. Se com participação da iniciativa privada, do capital privado, nacional ou estrangeiro, para mim é secundário. Nesses dois modelos, SUS e saúde suplementar, eu não vejo, pelas questões que eu disse aqui, solução possível hoje no horizonte da saúde suplementar que não conseguiu resolver ainda questões básicas da sua viabilidade no sentido de gerar saúde. A solução do Brasil não passa, na verdade, pela nacionalidade do capital que vai ser aplicado, mas por um SUS que funcione dentro dos princípios sobre os quais ele originariamente foi fundado.

FGV EAESP

CENTRO DE ESTUDOS
EM PLANEJAMENTO
E GESTÃO DE SAÚDE