

Seminario internacional

**El establecimiento y la renovación de pactos sociales para una
protección social más inclusiva: experiencias, retos y horizontes en
América Latina, desde una perspectiva internacional
2 de 3 junio de 2014, CEPAL, Santiago de Chile**



EL SUS ANTE LA DUALIDAD DEL SISTEMA DE SALUD EN UN CONTEXTO FEDERATIVO: TENSIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA UNIVERSALIDAD EN BRASIL

**TELMA MARIA GONÇALVES MENICUCCI
CONSULTORA DA CEPAL**



2 características institucionais do sistema de saúde



- 1. Dualidade do sistema** de atenção à saúde universal, inclusivo e sistema privado forte – dificuldade de construção de grande acordos pela efetivação
- 2. Contexto federativo** da gestão do SUS
 - condições e formas de operacionalização
 - Regras e incentivos para a cooperação e construção de pactos entre os gestores dos 3 níveis de governo para garantir igualdade e integralidade

O SUS: universal e inclusivo

x Sistema privado



- Constituição de **1988**: ampliação dos direitos de cidadania, entre eles o de saúde
- resultado de um amplo e vitorioso movimento político-ideológico: movimento sanitário/**reforma sanitária**
 1. consagra a saúde como **direito**, garante a universalidade de acesso à assistência, amplia a responsabilidade estatal e define a constituição de um sistema inclusivo
 2. preserva a liberdade do mercado e garante a continuidade de formas privadas de assistência, independentemente de qualquer intervenção governamental.

O texto constitucional

- Saúde *parte da* **seguridade social**, organizada sob uma lógica universalista e equitativa
- adoção de um **conceito de saúde** como articulação de políticas sociais e econômicas e que não se restringe à assistência médica;
- estabelecimento da saúde como **direito social universal**;
- criação de um **Sistema Único de Saúde**, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade
- **Financiamento**: competência dos três entes federados (recursos de seus orçamentos) e contribuições sociais previstas no Orçamento da Seguridade Social

Sistema dual/segmentado



- perspectiva inovadora dos atores que se articulavam em torno da reforma **x** interesses e concepções forjados na trajetória da política de saúde como efeito de *feedback* (sistema privado vigoroso – prestador de serviços e operadores de planos de saúde)
- texto constitucional refletiu os acordos ; ambiguidades refletem o ajustamento entre alternativas inovadoras e padrões consolidados
- resultado: conformação jurídico-legal de um sistema híbrido e segmentado

A constituição segmentada da política de assistência à saúde (1930-1988)

- Origem na **previdência social** - marco básico do sistema de proteção social montado no Brasil, por meio do qual se desenvolveu a sustentação pelo Estado dos direitos sociais.
- **segmentação de clientela** - diferenciação das formas e dos serviços de saúde
- benefício vinculado ao **contrato de trabalho formal** e com as características de seguro
- **diferenciação funcional e institucional** na política de saúde:
 1. Ministério da Saúde - ações de caráter coletivo (sanitarismo campanhista); algumas ações de assistência básica
 2. Previdência Social: assistência à saúde de caráter individual, restrita aos segurados e seus dependentes

A constituição segmentada da política de assistência à saúde (1930-1988)



- Mudanças institucionais com ampliação da cobertura previdenciária para **assalariados urbanos**
- ampliação das despesas com assistência médica
 - Expansão por meio de:
 - compra de serviços – expansão e subsídios à rede privada, com baixa regulação
 - Convênios com empresas
- Desigualdades entre trabalhadores e regiões

A constituição segmentada da política de assistência à saúde (1930-1988)



- Convênios + Incentivos fiscais + baixa qualidade dos serviços públicos = expansão do segmento privado de forma autônoma
- Final dos **anos 80**:
 - setor privado consolidado e vigoroso
 - Crise financeira da previdência social
 - **processo de democratização** coloca em cena outros atores políticos - projetos alternativos de políticas de saúde

A reforma sanitária no bojo do processo de democratização do Brasil (1975-1988)



- situação de ruptura e continuidade - confluência de **fatores que favoreceram a inovação** institucional com o **legado das políticas prévias** que limitaram a possibilidade de mudança (arena política da saúde inclui representantes dos interesses privados, trabalhadores cobertos por planos de saúde)
- a reforma é ao mesmo tempo radical e ampla, mas limitada pela antiga estrutura e não é capaz de desmontá-la

A implantação da reforma na década de 90 (1990-2000)



- Esforço hercúleo – descentralizar, universalizar
- **contexto** nacional e internacional desfavorável: reordenamento do papel do Estado; restrição a políticas universalistas; políticas de ajuste fiscal e de reestruturação da relação Estado/mercado
- **efeitos institucionais da política de saúde prévia**, traduzidos em:
 - suporte político insuficiente para a reforma universalizante (ausência de coalizões amplas)
 - Subfinanciamento; instabilidade na alocação de recursos federais, contingenciamentos
 - Efeitos de feedback sobre a rede de serviços – dificuldade de fazer valer o interesse público

A regulamentação dos planos de saúde privados (1998-2000)



- implantação do SUS **X** regulamentação da “assistência médica supletiva”
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
- estimular o **mercado** e proteger o **consumidor** dos efeitos da ética utilitarista do mercado
- o modelo regulatório **reafirma formalmente a segmentação de clientela** e remete a assistência pública prioritariamente para os segmentos sociais que não têm capacidade de adquirir planos de saúde no mercado ou que estão excluídos dos planos coletivos
- Fragiliza os princípios do SUS (universalidade e igualdade de acesso)

As consequências do formato institucional público-privado



- beneficiários de planos privados de assistência médica: 50.270.398 (25,9%) -12/2013
- Beneficiários de planos coletivos: 79%
- recursos privados alocados na saúde: 45,74% do gasto total com saúde (2011)
- gasto total em saúde (público mais privado): 8,9% do PIB
 - despesas públicas de saúde: 4,07 do PIB
 - despesas privadas: 4,83%
- 2011: o **gasto tributário em saúde**: 10,47% do Gasto tributário total; 22,5% do gasto público federal em saúde

Desigualdades na utilização de serviços – PNAD 2008

- realização de **consultas** médicas:
 - pessoas cobertas por planos privados de saúde: 80%
 - usuários do SUS: 63%
- **Internações:**
 - beneficiários de planos de saúde: 8,2%
 - usuários SUS: 7%
- Nunca fizeram **mamografia:**
 - 27% e 53% entre as usuárias do SUS

Desigualdades quanto disponibilidade de recursos



- número de leitos do país: 2,35 leitos/1000 habitantes
- Disponíveis ao SUS: 1,69 (72% do total)

- maiores discrepâncias nas regiões com maior proporção de pessoas cobertas por planos de saúde:
 - **Centro-Oeste** e **Sudeste**: proporção de leitos disponíveis ao SUS são inferiores à média nacional (**69%** e **65%** dos leitos)
 - **Nordeste**, onde a cobertura de planos de saúde é bem menor, há maior disponibilidade relativa de leitos para o SUS (**84%** dos leitos da região).

SUS: o gigante fragil



- **SUS:** institucionalizado e introjetado como direito – objeto das maiores críticas
- **SUS é responsável por**
 - grande maioria dos serviços de saúde país
 - cobertura total de cerca de 75% da população, prioritariamente estratos da sociedade submetidos a piores condições de vida, e de saúde, e também para aqueles com renda mais baixa e em ocupações menos valorizadas
 - atende o restante da população para determinados procedimentos – dupla cobertura dos cidadãos privilegiados
 - puericultura, vacinação, urgências e outros tratamentos preventivos

2. A OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO (SUS) NO CONTEXTO FEDERATIVO



O arranjo federativo brasileiro

- Federalismo de 3 níveis
- heterogeneidades estruturais e desigualdades socioeconômicas
- distribuição de competências e atribuições entre União, estados e municípios, mas muitas competências concorrentes (União e estados podem legislar) e compartilhadas.
- alto grau de descentralização política, fiscal e de competências, particularmente para a execução das políticas sociais

Marco regulatório das relações federativas no SUS

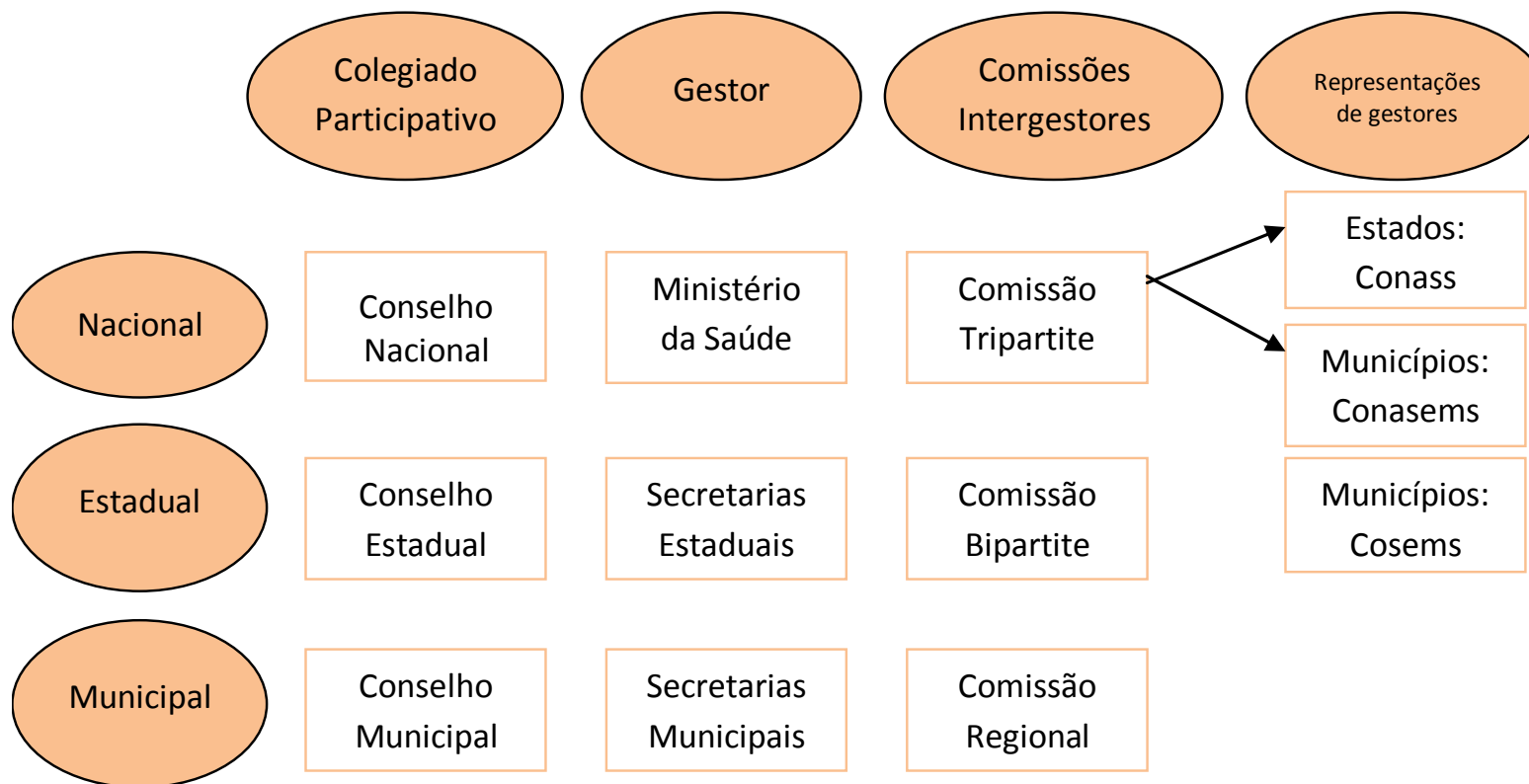


- 1) **década de noventa:** foco no processo de descentralização da execução das ações de saúde para os municípios; governo federal ocupa posição central (normalização e coordenação geral do sistema de saúde, controle do processo decisório, regulamentação do processo de descentralização de responsabilidades e funções para os municípios e estados com definição do formato da cooperação; a destinação dos recursos transferidos)
Desigualdades territoriais, regionais; mais de 5.000 gestores
- 2) A partir de 2001: tentativa de implementação da regionalização – arranjo para favorecer a cooperação; Incentivos seletivos sob a forma de recursos condicionados à realização de determinadas ações, que interferem nas escolhas dos municípios e induzem à cooperação ao mesmo tempo em que favorecem a homogeneização das políticas no território nacional; criação de **arenas federativas (pactuação entre gestores dos 3 níveis de governo)**
- 3) mudanças recentes: ênfase na construção de pactos federativos para a construção de redes de atenção temáticas

Moldura institucional: Instâncias decisórias e estrutura de gestão nos três níveis de governo

1. instâncias **de articulação entre os gestores** dos diferentes níveis de governo: Comissão Intergestores Tripartite; Comissão Intergestores Bipartite; Comissão Intergestores regionais
2. instâncias colegiadas de **participação da sociedade**
 - na gestão (conselhos de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal)
 - na avaliação e elaboração de diretrizes para a política de saúde (Conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde)

Arcabouço Institucional e Decisório do SUS



Fonte: Transcrito e atualizado de Noronha, Lima e Machado, 2008.

O debate recente sobre o SUS: prenúncio de um novo pacto?



- SUS foi implantado e efetivamente alterou profundamente os princípios, a lógica e a configuração institucional do sistema público da política de saúde
- caráter arrojado da reforma em situação prévia de extrema desigualdade em país de dimensões continentais
- **Efeitos do SUS:**
 - políticos: alterações na arena política setorial com a introdução de novos atores (gestores, conselheiros)
 - Expansão da assistência para todos os cidadãos, produziu expectativas, definiu comportamentos e gera uma demanda crescente por serviços de saúde, introjetados como direito do cidadão e dever do Estado (judicialização - desigualdade)
- Problemas: igualdade, integralidade

Tensionamento decorrente das contradições do sistema parece atingir um nível crítico – o financiamento

Desdobramentos recentes



- Certo consenso de que o maior problema é o financiamento – forte oposição à elevação da carga tributária
- Fora da agenda pública: financiamento indireto da privada (renúncia fiscal)
- Embate político sobre a definição de novos recursos para a saúde:
 - Regulamentação da EC29 após 11 anos de tramitação
 - Movimento nacional em defesa da saúde pública – Projeto de Lei de iniciativa popular (Saúde + 10)
 - Movimento de rua: mais saúde (padrão FIFA) – agenda positiva do Congresso Nacional e novos projetos de lei

