UM SÉCULO DE SAÚDE NO BRASIL

AVANÇOS E RETROCESSOS

OLYMPIO TÁVORA DERZE CORRÊA

Ilustrações: Raphael Alves da Rocha

Entre erros e acertos, muitas foram as teorias
que embasaram o sistema de saúde.

Brasília,
Edição do Autor
2016

© 2016 Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Autor
Olympio Távora Derze Corrêa

Produção de Texto
Célia Ladeira

Coordenação Executiva
Ana Lúcia Barata
Viviã de Sousa Oliveira

Assistente de Conteúdo
Tatielly Barros

Revisão de Textos
Danúzia Queiroz

Assessoria Jurídica
Joicy Damares Pereira

Projeto Gráfico e Editoração
Viva Comunicação

Ilustração
Raphael Alves da Rocha

Realização
Viva Comunicação

Patrocínio
FBH

Apoio
CNS

UM SÉCULO DE SAÚDE NO BRASIL

OLYMPIO TÁVORA DERZE CORRÊA

Entre erros e acertos,
muitas foram as teorias que
embasaram o sistema de saúde.

AVANÇOS E RETROCESSOS

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

Corrêa, Olympio Távora Derze.
Um século de saúde no Brasil: avanços e retrocessos: entre erros e acertos, muitos foram as teorias que embasaram o sistema de saúde / Olympio Távora Derze Corrêa; Ilustração: Rafael Alves Rocha. – Brasília : Edição do autor, 2016.
146 p. : il. ; 15,5 x 22,5 cm.

ISBN: 978-85-921945-0-5

1. Saúde, Brasil. 2. História, saúde. 3. Sistemas, saúde. 4. Hospitais, história. 5. Previdência social. 6. Sistema Único de Saúde, SUS. 7. Saúde, financiamento. 8. Sistema Suplementar de Saúde, Brasil. 9. Constituição, Brasil. I. Rafael Alves Rocha. II. Título.

CDD – 617.008

Saúde é viver mais e melhor. Conservá-la é reponsabilidade não só do estado, mas também dos cidadãos, das famílias e da sociedade.

Desde muito tempo, as políticas de saúde têm sido definidas alternativamente de acordo com vontades, preconceitos ou conhecimentos parciais de sua complexidade, trazendo como resultado decisões e regras nem sempre exitosas.

Parafraseando o saudoso amigo Gilson Carvalho, defensor aguerrido do Sistema Único de Saúde, gestor de responsabilidade e honestidade inquestionáveis, cito uma de suas bandeiras de luta:

As saídas da saúde no Brasil

LEI DOS CINCO MAIS:

MAIS BRASIL

MAIS SAÚDE

MAIS EFICIÊNCIA

MAIS HONESTIDADE

MAIS DINHEIRO

"Para os erros, há perdão. Para os fracassos, chance. Para os amores impossíveis, tempo. Não deixe que a saudade sufoque, que a rotina acomode e que o medo impeça de tentar."

Luís Fernando Veríssimo

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais pela oportunidade ofertada ao segundo, de seus oito filhos, de estudar e cursar Medicina.

Na sequência, meus sentimentos de gratidão são para a minha mulher que me tolera, ajuda e compreende, há 57 anos, e me deu três filhas lindas, Suely, Silvia (*in memoriam*), Solange e o varão Marcos, que me deram três netos, Marcelo, Carolina e Thomaz, além do Henrique, sobrinho e filho adotivo, que gerou duas netas postiças.

Não poderia deixar de manifestar meus agradecimentos especiais ao Mansur José Mansur que, além da amizade, me deu condições de escrever um pouco sobre a minha trajetória profissional. Aos líderes e amigos Tércio Egon Paulo Kasten, presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNS), e Luiz Aramicy Bezerra Pinto, presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), e uma menção especial para José Carlos de Souza Abrahão, ex-presidente da CNS, que sempre insistiu e me estimulou com a ideia deste livro.

A Edison José Antunes, compadre e amigo de todas as horas, colega de turma que, além do estímulo, ajudou a rememorar fatos.

Aos companheiros e companheiras de trabalho que me deram suporte e incentivo para não esmorecer.

Por fim, uma gratidão especial às jornalistas Ana Lúcia Barata, Tatielly Barros e à professora Célia Ladeira que, com paciência, me deram ânimo para buscar lembranças no fundo do baú, sem as quais as letras e palavras ficariam fora de lugar ou do contexto, e a redação ininteligível.

Olympio Távora Derze Corrêa

AGRADEÇO a Deus por me permitir conquistar:

SERENIDADE para aceitar as vicissitudes e os atropelos da vida.

SABEDORIA para distinguir o que eu podia ou não modificar.

CORAGEM para mudar o que foi possível.

PACIÊNCIA e compreensão para aceitar o que não pude corrigir.

SUMÁRIO

Prefácio **13**

Introdução **14**

Capítulo 1 *O Brasil no início do século XX* **18**
Quem foi Oswaldo Cruz 20
A erradicação de epidemias 23
A gripe espanhola 24

Capítulo 2 *Os hospitais: início, evolução e dificuldades* **28**
A contratação de hospitais 32
Divisão pública e privada na saúde 33
As doenças negligenciadas 34

Capítulo 3 *Surge a Previdência Social no Brasil: das CAPs ao INPS* **36**
A era Vargas 40
Um novo conceito 43
A fase desenvolvimentista 45

Capítulo 4 *Começa a informatização no INPS* **48**
O que mudou na Previdência 50
Surge o Inamps 53
Sistema de pagamentos 54
Os cálculos 56
Valorização de desempenho 60

Capítulo 5 *Sistemas de Remuneração da Saúde* **64**
No tempo dos institutos 66
Como pagar pelos serviços prestados aos institutos? 68
As tabelas e a informatização 70
Nova sistemática 71
As tabelas com o SUS 74

Capítulo 6 *A Constituição de 1988: um novo paradigma* **78**
Antecedentes – a Oitava Conferência 80
Saúde como direito 81
O debate na Constituinte 83
Relações público-privadas 84
A experiência do SUDS 86

Capítulo 7 *O Sistema Único de Saúde* **88**
A desmobilização do Inamps 90
A descentralização 91
A Comissão Tripartite 94
A regionalização 95
A realidade do SUS hoje 97
A relação com o setor privado 98
Descontinuidade de gestão 100

SUMÁRIO

Capítulo 8 *O financiamento da saúde* **104**
Financiamento antes do SUS 106
O direito à saúde 108
O Plano de Pronta Ação 111
A saga do financiamento do SUS 114
A crise de 1993 117
A Emenda nº 29 119
O custo da saúde 122

Capítulo 9 *O Sistema Suplementar de Saúde* **124**
Histórico 126
A luta pela regulamentação 128
SUS *versus* planos 131
Relação com os prestadores de serviços 133

Capítulo 10 *Entre a utopia e a realidade* **136**
O que deu errado? 140
O pagamento de pessoal 142
O vínculo do médico 143
Tarefa inadiável 144

Prefácio

Antes de tudo, preciso confessar que fiquei muito honrado com o convite do amigo Olympio Távora, companheiro de luta há mais de 20 anos, para prefaciar este livro.

Não é novidade que a assistência médica no Brasil sempre foi tema de diversas publicações, no entanto, diferencialmente de outros, este livro apresenta um estudo completo de todos os processos. Assim, permite ao leitor conhecer todas as etapas da origem até a evolução do sistema de saúde no país.

Uma obra essencial, especialmente na atual conjuntura econômica e social, pois apresenta dados e informações que podem contribuir na construção de novas diretrizes e, ao mesmo tempo, estimular uma reflexão para implementar soluções mais sólidas.

Vale destacar que o conhecimento do amigo autor, ao longo dos anos, como médico, gestor, professor e consultor técnico, ajudou na consolidação de um livro que integra subsídios técnicos, pesquisas e políticas sociais com uma linguagem didática e multidisciplinar.

Mansur José Mansur

Introdução

A ideia de um livro contando a história da saúde no Brasil surgiu a partir de conversas que mantive com diretores da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e da Confederação Nacional de Saúde (CNS). Refleti bastante sobre os diversos problemas que os brasileiros enfrentam hoje não só no campo assistencial como nas ações de promoção e prevenção da saúde. Muitas ideias têm surgido nas diversas palestras feitas pelo país afora, em associações, sindicatos, hospitais e faculdades. A partir dessas experiências, nasceu a proposta do livro, mas a intenção é apresentar a visão de um profissional que tem sua vida intimamente ligada à área da saúde, há 62 anos, não só exercendo atividades assistenciais, como médico em atendimentos comunitários, consultórios, hospitais, mas também em consultorias e assessorias a serviço da saúde em entidades representativas do setor.

As opiniões aqui emitidas são de cunho estritamente pessoal e não expressam a posição e o entendimento das entidades patrocinadoras. As ideias refletem a minha trajetória profissional (médico, empresário da saúde e gestor público), participando das transformações que ocorreram na assistência à saúde no Brasil desde o século XX.

Minhas memórias levam-me à infância. No interior do Brasil, não havia atendimento médico. Lembro-me bem quando era menino em Monte Santo, na década de 40, lá não existia hospital, mas havia médicos que atendiam àqueles que podiam ou não pagar. Depois fui para uma cidade melhor, onde havia Santa Casa e os médicos trabalhavam sem receber remuneração. Dizia-se que a Medicina era um sacerdócio. A assistência médica era a mesma tanto para o pobre quanto para o rico.

Naquele tempo distante, quem sustentava as Santas Casas era a população local que doava dinheiro e fazia quermesse para angariar recursos não só para construir o hospital, mas também para sua manutenção. Esta era a realidade da assistência médico-hospitalar. Isso permaneceu durante muitos anos. As Santas Casas e os hospitais

beneficentes foram custeados por doações das religiões ou do segmento da sociedade que havia construído o hospital ou pela própria comunidade que fundava um hospital comunitário.

Em 1953, passei no vestibular. A vida laboral na saúde, ainda estudante de segundo ano da Universidade de Minas Gerais, teve início na Fundação Ezequiel Dias, em Belo Horizonte, onde houve oportunidade de conhecer de perto os problemas das endemias da época, principalmente a doença de Chagas e a esquistossomose.

Nos anos 50, era proibido ao aluno, nos três primeiros anos da faculdade, atender a pacientes, o que somente era possível a partir do quarto ano, após obter conhecimentos básicos em fisiologia, patologia geral, propedêutica e farmacologia. Porém o aluno poderia atuar como auxiliar técnico de laboratório clínico, realizando exames de urgência (na época não havia automação nem a gama de exames hoje existentes). Continuando o curso, no sexto ano, fui residente de um pronto socorro de Belo Horizonte, de onde saí ao me formar.

Foi lá que tive contato, pela primeira vez, com a relação do brasileiro com os hospitais. Desde aquela época, uma pessoa com problemas de saúde, graves ou não, dirigia-se ao hospital, porque não conseguia resolver a situação no ambulatório dos postos ou centros de saúde.

Depois de formado, trabalhei por 10 anos na Santa Casa de Belo Horizonte, onde assumi o compromisso de atender aos pacientes não pagantes, os chamados "indigentes". O médico, naquela época, trabalhava para dar assistência e cuidar do doente, independentemente de sua classe social. Eu tive vários professores na faculdade que atendiam na Santa Casa de Belo Horizonte para fazer uma Medicina bem feita. O volume de pacientes num hospital comunitário é muito grande. O trabalho é uma oportunidade de aperfeiçoamento.

Eu aprendi na faculdade que não existem apenas doenças e sim doentes. O mais importante é o paciente, uma vez que a mesma doença não se manifesta da mesma forma em pessoas diferentes.

Eu não entendo a Medicina sem olhar para o ideal de fazer o bem sem olhar a quem. Estudei em universidade federal, não paguei nada por isto, no meu entendimento, uma maneira de retribuir ao Estado seria atender a alguém que não pudesse pagar. Este tipo de pensamento é cada vez mais raro nos dias de hoje.

Tive oportunidades de atuar como diretor de hospitais públicos e privados e estas experiências me permitiram acumular algum conhecimento dos problemas da saúde no Brasil. Por necessidade e curiosidade, começamos a buscar compreender o que aconteceu na saúde desde o começo do século passado, quando houve a revolução da vacina. Concluímos que as carências da estrutura de saúde no país são crônicas e de difícil equacionamento. No início não havia um órgão de governo destinado a estudar ou planejar as ações de saúde, o que somente aconteceu em 1920 quando foi criado o Departamento de saúde pública pelo governo federal.

Em 1930, a Previdência Social consolidou-se no governo Vargas. Desde então, instalou-se uma dicotomia na assistência ao brasileiro, entre os que possuíam carteira assinada e eram atendidos pela Previdência Social e os que não possuíam emprego, ou recursos financeiros, e eram considerados indigentes e atendidos nas Santas Casas. A dicotomia permaneceu mesmo após a criação do SUS, quando a assistência à saúde se dividiu entre a atuação estatal e a coexistência com uma saúde suplementar, os planos privados.

Uma análise importante é a da coexistência dos setores estatal e privado, uma experiência válida num país onde a racionalização de recursos para aplicação em saúde é uma das maneiras de prestar assistência a uma população de 200 milhões de habitantes.

Em artigo para a revista da Confederação Nacional da Saúde (CNS), destaquei que a configuração destes dois sistemas – estatal e privado – não deve ser isolada, pelo contrário, deveríamos buscar harmonização das competências e aptidões de cada um deles, visando, num

primeiro momento, à otimização dos recursos e, em sequência, buscar a integração, tendo por primeiro objetivo a agilização dos atendimentos, a eliminação das filas e a melhoria da produtividade. Não é possível discutir saúde pública no Brasil sem superar essa polarização.

É importante destacar que as lutas para garantir financiamento adequado para a saúde esbarram no crescimento da população, no enfrentamento de novas doenças, na incorporação de novas tecnologias. Esta é uma discussão importante que pretendemos abordar ao longo deste livro.

Sem pretensões e sem querer ser formulador de opinião e muito menos apontar rumos para as políticas de saúde, não desejo que as opiniões aqui expostas sejam tomadas como posições radicais. Portanto, ao abordar no livro problemas de gestão pública e privada da assistência à saúde, a intenção é refletir sobre o crescimento exponencial da necessidade assistencial, aí incluídos os planos de saúde. Um tema que não pode faltar é o da difícil relação entre o SUS e a rede privada, não só a rede hospitalar, mas também os profissionais, os serviços e as clínicas especializadas, tendo como consequência a recusa de muitos serviços para atender a pacientes do SUS, por falta de condições de trabalho e de sobrevivência.

Falar sobre saúde é bastante complexo e implica abordar os diferentes aspectos da assistência, da prevenção de doenças, da promoção da saúde, do tratamento de doentes e da vida dos profissionais da saúde. Este livro vai trabalhar com a realidade, não utópica, sem partidarismos ou preconceitos, levantando questionamentos e problemas, numa tentativa de indicar pontos considerados críticos e incitar os formuladores das políticas de saúde do país a enfrentar a difícil situação em que se encontram hoje os cuidados com a saúde do brasileiro.

Olympio Távora Derze Corrêa

1 CAPÍTULO
O BRASIL NO INÍCIO DO SÉCULO XX

O Brasil no início do século XX

A leitura dos jornais do início do século XX mostra o retrato de um Brasil doente. País agrícola, com mais de 80% da população vivendo no campo, as cidades brasileiras eram consideradas fábricas de moléstias. A capital do país, o Rio de Janeiro, sofria especialmente de duas doenças: a febre amarela e a varíola. Essas eram retratadas em várias charges de jornais e revistas com o símbolo da foice, significando a morte.

A febre amarela, especialmente, pode ser considerada a primeira grande epidemia na história do Brasil. A doença chegou ao país no século XVII, em navios que vinham da África. Os primeiros casos datam de 1685, no Recife, e de 1692, na cidade de Salvador. Durante o século XVIII, não foram relatados casos dessa doença, que retornou apenas entre 1849 e 1850, na forma de uma grande epidemia, que atingiu quase todo o país. Uma das cidades mais atacadas foi o Rio de Janeiro. Ainda não se sabia se a causa da doença era um mosquito, o *Aedes aegypti*. Acreditava-se que o clima, o solo e os ares poderiam ser propícios ao seu surgimento. Por meio de um decreto, o governo imperial determinou a purificação do ar nas cidades, com a limpeza de ruas e vielas. Foram as primeiras medidas de saúde pública tomadas no país. Mesmo assim, o número de vítimas aumentou assustadoramente. Entre 1880 e 1889, foram registrados 9.376 casos.

O Brasil entrou no período republicano sem soluções para as doenças da população. Contando com uma população de mais de 800 mil habitantes, o Rio de Janeiro era constantemente vitimado por surtos de febre amarela, varíola, peste bubônica, malária, tifo e tuberculose. Na tentativa de pôr fim a esse triste quadro sanitário, o presidente Rodrigues Alves convocou o médico Oswaldo Cruz que, de imediato, pôs em marcha um ambicioso plano de saneamento e higienização da cidade. Ele foi ajudado pelas reformas já em andamento na cidade.

A modernização do Rio começou na gestão do prefeito Pereira Passos. Seus objetivos de enquadrar a cidade nos preceitos recomendados pela higiene custaram a remoção de centenas de famílias pobres, transfigurando por completo a paisagem do centro da cidade, que já se fazia sentir desde 1903, quando da inauguração da Avenida Passos. Em março de 1904, com a demolição de dezenas de casarões e sobrados, tiveram início as obras da Avenida Central. Essa política ficou popularmente conhecida como "Bota Abaixo".

No entanto a medida sanitária mais polêmica foi tornar obrigatória a vacinação contra varíola e, depois, contra a febre amarela, o que descontentou grande parte da população. A obrigatoriedade da vacina era garantida por medidas de pressão social. A apresentação dos comprovantes de vacinação passaria a ser condição para matrículas em escolas, admissões em empresas e oficinas, casamentos e outras tantas atividades.

Quem foi Oswaldo Cruz

Oswaldo Cruz foi um grande pesquisador que atuou como cientista, médico, bacteriologista, epidemiologista e sanitarista brasileiro. Foi o pioneiro no estudo de doenças tropicais e da Medicina experimental no Brasil. Em 1900, fundou o Instituto Soroterápico Nacional, no Rio de Janeiro, que depois passou a se chamar Instituto Oswaldo Cruz. O pesquisador iniciou sua graduação, no ano de 1887, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1896, foi a Paris e ingressou no Instituto Pasteur como estagiário.

Quando retornou ao Brasil, no ano de 1899, trabalhou no combate ao surto da peste bubônica, que ocorria em Santos e em outras cidades portuárias brasileiras. Ele defendia a ideia de que uma epidemia somente poderia ser controlada com o uso do soro adequado. Por

isso, sugeriu que o governo instalasse um instituto para fabricação desse medicamento, uma vez que a importação naquela época era muito demorada. Para fabricar o soro antipestoso, foi criado, em 25 de maio de 1900, o Instituto Soroterápico Federal, instalado na antiga Fazenda de Manguinhos, tendo por diretor-geral o Barão de Pedro Afonso e por diretor técnico o jovem bacteriologista. Em 1902, Cruz assumiu a direção geral do novo instituto. Este, por sua vez, ampliou suas atividades, não mais restrito à fabricação de soro antipestoso, mas dedicado também à pesquisa básica aplicada e à formação de recursos humanos. Durante sua atuação, Cruz coordenou campanhas para erradicação da febre amarela, da varíola e eliminação dos focos de insetos transmissores de doenças tropicais.

Logo a seguir, Oswaldo Cruz foi nomeado diretor-geral de Saúde Pública, cargo que corresponde atualmente ao de ministro da Saúde. Utilizando o Instituto Soroterápico Federal como base de apoio técnico-científico, esse ilustre pesquisador deflagrou memoráveis campanhas de saneamento. Em poucos meses, a incidência da peste bubônica diminuiu com o extermínio dos ratos, cujas pulgas transmitiam a doença. Ao combater a febre amarela, na mesma época, Oswaldo Cruz enfrentou vários problemas. Grande parte dos médicos e da população acreditava que a doença se transmitia pelo contato com roupas, suor, sangue e secreções de doentes. No entanto Oswaldo Cruz acreditava em uma nova teoria: o transmissor da febre amarela era um mosquito. Assim, suspenderam-se as desinfecções – método tradicional no combate à moléstia – e implantaram-se medidas sanitárias com brigadas que percorreram casas, jardins, quintais e ruas, para eliminar focos dos insetos.

Para o combate da febre amarela, organizou-se uma grande equipe de "mata-mosquitos", incumbida de perseguir os insetos nos lugares mais recônditos do Rio de Janeiro. Sua atuação provocou violenta reação popular, que ficou conhecida como a Revolta da Vacina.

Em 1904, a oposição a Oswaldo Cruz atingiu seu ápice. Com o recrudescimento dos surtos de varíola, o sanitarista tentou promover a vacinação em massa da população. Os jornais lançaram uma campanha contra a medida. O Congresso protestou e foi organizada a Liga contra a Vacinação Obrigatória. No dia 13 de novembro daquele ano, estourou a rebelião popular e, no dia 14, a Escola Militar da Praia Vermelha levantou-se. O governo derrotou a rebelião, mas suspendeu a obrigatoriedade da vacina.

Oswaldo Cruz acabou vencendo a batalha. Em 1907, a febre amarela estava erradicada do Rio de Janeiro. Em 1908, uma epidemia de varíola levou a população aos postos de vacinação. Em 1907, no XIV Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim, ele recebeu a medalha de ouro pelo trabalho de saneamento do Rio de Janeiro. Oswaldo Cruz ainda reformou o Código Sanitário e reestruturou todos os órgãos de saúde e higiene do país.

Em 1913, foi eleito para a Academia Brasileira de Letras. Em 1915, por motivos de saúde, abandonou a direção do Instituto Oswaldo Cruz e mudou-se para Petrópolis. Eleito prefeito daquela cidade, traçou vasto plano de urbanização, que não pôde ver realizado. Sofrendo de crise de insuficiência renal, morreu no dia 11 de fevereiro de 1917, com apenas 44 anos.

Três dias após a morte de Oswaldo Cruz, o médico Carlos Chagas foi nomeado para a direção do Instituto de Manguinhos por meio de um decreto presidencial. Ao assumir o cargo, buscou consolidar o modelo estabelecido por Cruz semelhante ao Instituto Pasteur, onde a autonomia administrativa e financeira eram as características principais, além de estreitar a relação entre a pesquisa, o ensino e a fabricação de produtos medicinais e veterinários.

Chagas foi um médico sanitarista, cientista e bacteriologista brasileiro que trabalhou como clínico e pesquisador. Atuante na saúde

pública do Brasil, iniciou sua carreira no combate à malária. Destacou-se ao descobrir o protozoário *Trypanosoma cruzi* (cujo nome foi uma homenagem ao seu amigo Oswaldo Cruz) e a tripanossomíase americana, conhecida como doença de Chagas. Ele foi o primeiro e, até os dias atuais, permanece o único cientista na história da Medicina a descrever completamente uma doença infecciosa: o patógeno, o vetor (o barbeiro), os hospedeiros, as manifestações clínicas e a epidemiologia.

Foi diversas vezes laureado com prêmios de instituições do mundo inteiro, sendo as principais como membro honorário da Academia Brasileira de Medicina e doutor *honoris causa* da Universidade de Harvard e da Universidade de Paris. Também trabalhou no combate à leptospirose e às doenças venéreas, além de ter sido o segundo diretor do Instituto Oswaldo Cruz. Formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

A erradicação de epidemias

Ao tomar posse em 1919, o presidente Epitácio Pessoa nomeou Carlos Chagas para reorganizar a saúde pública nacional e assumir a então Diretoria-Geral de Saúde Pública (DGSP), acumulando a função com aquela praticada em Manguinhos. No ano seguinte, tal instituição se chamaria Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), ligado ao Ministério da Justiça de Negócios Exteriores. A primeira atitude de Chagas foi a centralização das atividades, já que até então o DNSP vinha trabalhando com a descentralização, em que estados e municípios brasileiros tinham maior liberdade de organizar seus sistemas sanitários. Acordos com os entes da Federação foram essenciais à segunda ação – a interiorização, em busca da erradicação das epidemias rurais, principalmente malária, ancilostomose e tripanossomíase americana. Em paralelo a esse projeto, criou um minucioso programa de medidas referentes à higiene pública.

No campo da pesquisa, a administração de Carlos Chagas ficou marcada pela investigação das principais epidemias que assolavam a zona rural brasileira em sua época; com o objetivo de controlá-las, inaugurou, em 1918, o Hospital Oswaldo Cruz, nas dependências do instituto, para se constituir em um centro de estudos para os pesquisadores. Mais tarde, em 1942, o hospital passaria a ser chamado Hospital Evandro Chagas.

Na área de produção, Chagas diversificou os medicamentos e os produtos fabricados no instituto. A estimulação do comércio desses produtos e a renda gerada por eles foram fundamentais ao funcionamento da instituição. Uma medida para expansão da área de produção foi a criação do Serviço de Medicamentos Oficiais, destinado a produzir, entre outros medicamentos, a quinina, usada no combate à malária.

Com a criação do Estado Novo, houve aumento da intervenção do Estado. A nova ordem política brasileira trouxe consequências diretas à estrutura e ao funcionamento de Manguinhos, que, sob a denominação de Departamento de Medicina Experimental, passou à jurisdição do recém-criado Ministério da Educação e Saúde, para onde foi transferido o DNSP. A partir deste momento até a sua morte, em 1934, Chagas enfrentou os efeitos da perda do modelo institucional criado por Oswaldo Cruz.

A gripe espanhola

Coube a Carlos Chagas o combate a uma enfermidade que atingiu o país em 1918: a gripe espanhola, que atacou, só no Rio de Janeiro, dois terços da população (cerca de 600 mil habitantes) e fez 11 mil vítimas, devido às precárias condições de higiene e saneamento, além da falta de assistência médica. Para controlar a epidemia, Chagas

criou um serviço especial de postos de atendimento à população em 27 pontos diferentes da cidade. Ao mesmo tempo em que providenciou tal tarefa, criou cinco hospitais emergenciais e publicou cartazes e panfletos de alerta aos habitantes, buscando apoio de profissionais da sua área, conseguindo ajuda da maioria dos clínicos cariocas e de vários membros da Academia Nacional de Medicina.

No Instituto Oswaldo Cruz, incentivou a pesquisa da doença como a causa da infecção, o meio de contágio e o diagnóstico. A gripe espanhola – como ficou conhecida devido ao grande número de mortos na Espanha – apareceu em duas ondas diferentes durante 1918. Na primeira, em fevereiro, embora bastante contagiosa, era uma doença branda não causando mais que três dias de febre e mal-estar. Já, na segunda, em agosto, tornou-se mortal.

Enquanto a primeira onda de gripe atingiu especialmente os Estados Unidos da América (EUA) e a Europa, a segunda devastou o mundo inteiro: também caíram doentes as populações da Índia, do sudeste asiático, do Japão, da China e das américas central e do sul. No Brasil, a epidemia começou em setembro de 1918. O navio inglês Demerara, vindo de Lisboa, trouxe doentes para os portos de Recife, Salvador e Rio de Janeiro. No mesmo mês, marinheiros que prestaram serviço militar em Dakar, na costa atlântica da África, desembarcaram doentes no porto de Recife. Em pouco mais de duas semanas, surgiram casos de gripe em outras cidades do Nordeste e em São Paulo.

As autoridades brasileiras ouviram com descaso as notícias vindas de Portugal sobre os sofrimentos provocados pela pandemia de gripe na Europa. Acreditava-se que o oceano impediria a chegada do mal ao país. Entretanto essa aposta revelou-se rapidamente um engano. Tinha-se medo de sair à rua. Em São Paulo, especialmente, quem tinha condições deixou a cidade, refugiando-se no interior, onde a gripe não tinha aparecido. Diante do desconhecimento de medidas

terapêuticas para evitar o contágio ou curar os doentes, as autoridades aconselhavam apenas que se evitassem as aglomerações. Durante a pandemia de 1918, as cidades ficaram vazias: bancos, repartições públicas, teatros, bares e tantos outros estabelecimentos fecharam as portas ou por falta de funcionários ou por falta de clientes.

Pedro Nava, médico e historiador que presenciou os acontecimentos no Rio de Janeiro em 1918, escreve que

> *aterrava a velocidade do contágio e o número de pessoas que estavam sendo acometidas. Nenhuma de nossas calamidades chegara aos pés da moléstia reinante: o terrível não era o número de casualidades – mas não haver quem fabricasse caixões, quem os levasse ao cemitério, quem abrisse covas e enterrasse os mortos. O espantoso já não era a quantidade de doentes, mas o fato de estarem quase todos doentes, a impossibilidade de ajudar, tratar, transportar comida, vender gêneros, aviar receitas, exercer, em suma, os misteres indispensáveis à vida coletiva.*

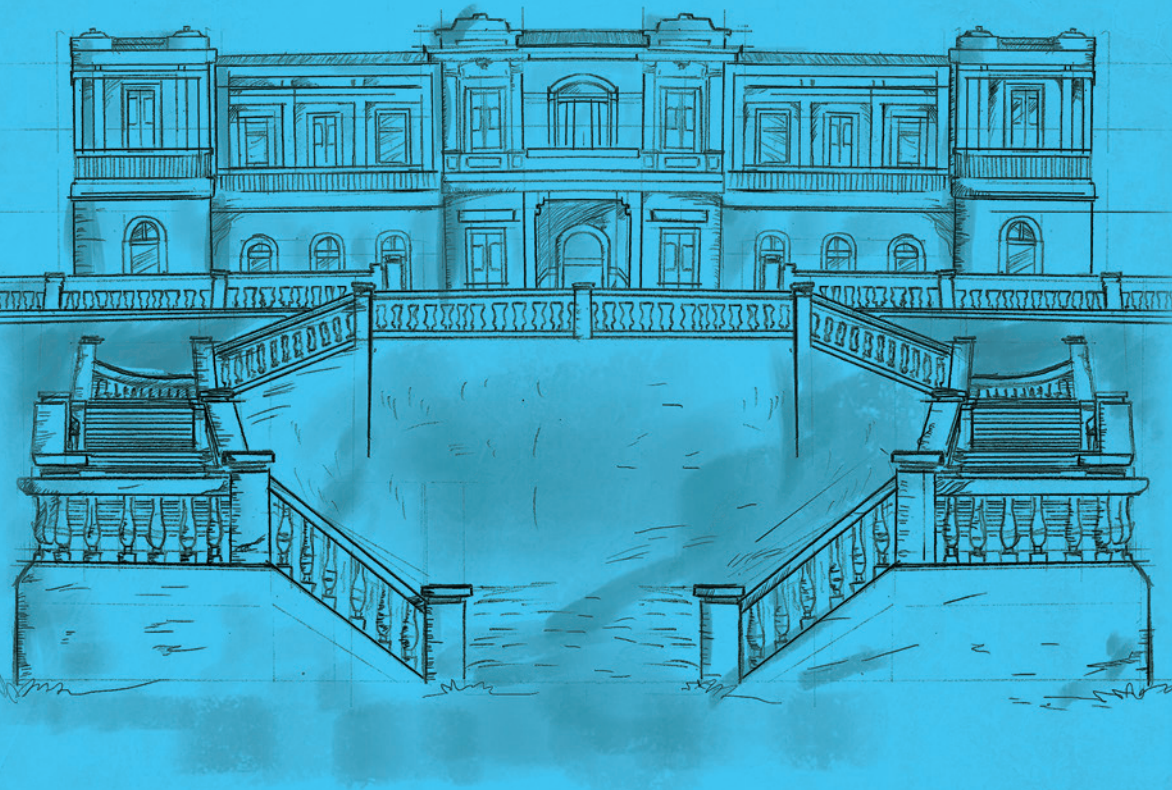
Ainda hoje restam dúvidas sobre onde surgiu e o que fez da gripe de 1918 uma doença tão terrível. Estudos realizados entre as décadas 70 e 90 sugerem que uma nova cepa de vírus influenza surgiu em 1916 e que, por meio de mutações graduais e sucessivas, assumiu sua forma mortal em 1918. Esta hipótese é corroborada por outro mistério da ciência: um surto de encefalite letárgica, espécie de doença do sono que foi inicialmente associada à gripe, surgiu em 1916. As estimativas do número de mortos em todo o mundo, durante a pandemia da gripe em 1918-1919, variam entre 20 e 40 milhões. Nem os combates da Primeira Grande Guerra Mundial mataram tanto. Cerca de 9 milhões e 200 mil pessoas morreram nos campos de batalha (1914-1918).

Como país continental e tropical, o Brasil enfrentou a febre amarela, a gripe espanhola e as doenças endêmicas, como a malária e a varíola,

além da doença de Chagas. São surtos que provocam medidas de profilaxia, campanhas sanitaristas e combates aos vírus. A lição que fica é de que não se pode abrandar os programas de combate às doenças, especialmente as endêmicas. A vigilância sanitária deve ser uma atividade permanente para que os brasileiros não sejam atingidos por novos surtos epidêmicos, capazes de causar internações e até mortes.

Como se pode observar, as preocupações do governo eram centradas na tentativa de combater endemias, sua transmissão e erradicação. Em nenhum momento, há citações de ações voltadas à recuperação da saúde. Isto porque tínhamos, Brasil afora, os hospitais comunitários, quase todos denominados Santas Casas, que, além de prestar assistência à saúde e dar suporte a essas endemias e epidemias, também exerciam atividades asilares, abrigando os necessitados, o que hoje chamamos de assistência social.

2 CAPÍTULO
OS HOSPITAIS: INÍCIO, EVOLUÇÃO E DIFICULDADES



Os hospitais: início, evolução e dificuldades

A história da assistência médica hospitalar no Brasil desenvolveu-se graças aos hospitais sem fins lucrativos ou hospitais filantrópicos. Eles foram chamados assim devido à origem da palavra *filantropia*, que significa "amizade pela humanidade". O conceito surgiu no século XIX e se referia à ação social nascida da decisão individual de um possuidor de recursos financeiros doar seus bens a uma entidade que pudesse se dedicar a salvar vidas. A filantropia significa, em essência, utilizar o recurso privado para o benefício público, buscando transformar a sociedade a partir de programas e projetos dedicados às pessoas mais necessitadas. Dessa maneira, surgiram assim os hospitais privados, sem fins lucrativos, voltados ao atendimento de toda a população, dos que podiam pagar aos indigentes e aos desempregados.

No passado mais distante, a realidade era bem outra. Simplesmente não havia hospitais e, quando existia, eram poucos, as Casas de Saúde. As pessoas com mais recursos eram tratadas nas suas próprias residências por médicos e enfermeiros particulares. Os desvalidos não tinham a quem recorrer, senão a benzedeiras e medicamentos caseiros. Foi pensando nessas pessoas que muitas instituições religiosas, por iniciativa de seus padres, freiras ou pastores, criaram entidades beneméritas sem fins lucrativos. Muitas foram criadas também por comunidades étnicas ou leigas. Elas deram continuidade ao trabalho que já vinha sendo feito, desde os tempos coloniais, por Santas Casas.

Existem várias Santas Casas de Misericórdia, hospitais São Vicente de Paula e outros espalhados pelo Brasil – todos com uma origem comum: a Santa Casa de Lisboa, fundada em 1498. Em sua essência, essa Casa possui como princípio a prática das obras de *Misericórdi*a compiladas por Tomás de Aquino, no século XII: dar de comer a

quem tem fome; dar de beber a quem tem sede; vestir os nus; visitar os doentes e os presos; dar abrigo a todos os viajantes; resgatar os cativos; enterrar os mortos.

No Brasil, a primeira Santa Casa de Misericórdia foi criada em Olinda (1539) e até a Independência mais 16 surgiram. Tinham como objetivo atender à população carente, cuidando dos enfermos em seus hospitais, alimentando os famintos, sepultando os mortos, educando os enjeitados em seus orfanatos e acolhendo os recém-nascidos abandonados na Roda dos Expostos[1].

Durante o Império, as Santas Casas acompanharam algumas mudanças da sociedade e o foco passou a ser o cuidado com os enfermos e o amparo à infância abandonada. Foi a resposta possível, à época, ao aumento de órfãos, mendigos e doentes, como resultado das epidemias que surgiram no século XIX e estenderam-se ao século XX.

Com a República, vieram doenças, como varíola e tuberculose – epidemias abrangentes que assolavam não só aos pobres, mas toda a população. Nessa conjuntura, as Santas Casas sozinhas já não conseguiam dar resposta às crescentes necessidades da população. Em decorrência disso, surgiram assim os hospitais filantrópicos, criados e mantidos por grupos religiosos ou comunitários.

Os grupos espíritas dedicaram-se aos hospitais psiquiátricos. O governo, no começo da República, construiu alguns hospitais, voltados ao tratamento e estudo de doenças endêmicas ou epidêmicas. O hospital Evandro Chagas, criado em Belém do Pará, dedicou-se ao tratamento e à pesquisa da malária e das doenças endêmicas do Norte do país. Em Minas Gerais, surgiram os primeiros hospitais psiquiátricos do governo, e também um hospital para tuberculosos.

1 A Roda dos Expostos recolhia, por meio de uma roda giratória, as crianças que eram entregues por mulheres que queriam ficar anônimas.

É interessante observar que, em cada oportunidade, cada um dos segmentos da sociedade se dedicava a fazer alguma coisa, o governo criava hospital para hanseníase, tuberculose, alguns hospitais psiquiátricos e a população em geral criava hospitais para o tratamento do dia a dia. Os hospitais do governo eram praticamente estabelecimentos especializados em determinadas patologias.

Já a maior parte das instituições médico-assistenciais, sem fins lucrativos, guarda uma história bastante semelhante em relação ao seu processo de criação. Embora algumas delas tenham mais de 100 anos de existência, a grande maioria é do século XX, originando-se a partir de uma história comum – comerciantes, fazendeiros e outros empresários, estimulados pelo pároco, pelas pessoas piedosas e médicos locais, criavam uma associação leiga, uma "irmandade", normalmente denominada de Santa Casa, destinando a maior parte dos seus leitos aos pobres e aos indigentes e reservando alguns apartamentos para os mais favorecidos. Com eles também ficava a administração dessas instituições. As organizações filantrópicas constituíam-se em um complexo que envolvia várias formas de assistência: orfanatos, asilos para idosos, hospitais, ambulatórios e hospício para alienados.

Esse cenário de atendimento assistencial à população do começo do século XX começou a mudar quando a rede hospitalar brasileira iniciou seu desenvolvimento e consolidação após a criação da Previdência Social, inclusive com estímulos para criação de hospitais privados lucrativos que poderiam dar assistência direta ao trabalhador. A rede hospitalar privada lucrativa começou a crescer e se desenvolver, mas os hospitais sem fins lucrativos também atendiam aos trabalhadores vinculados à Previdência.

A rede privada lucrativa cresceu, mas as Santas Casas e os hospitais sem fins lucrativos se mantiveram, tanto pela colaboração da sociedade, quanto pela inserção na prestação de serviços aos

previdenciários. No Brasil, existem hoje cerca de 1.700 instituições filantrópicas. Atualmente, as Santas Casas e outras entidades assistenciais sem fins lucrativos são classificadas como hospitais filantrópicos e seus assuntos são tratados em conjunto com as demais instituições dessa categoria.

A contratação de hospitais

O setor privado lucrativo começou a crescer a partir da década de 30, à medida que os institutos foram crescendo e passaram a remunerar razoavelmente bem. Começou na época e permaneceu até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Previdência Social nunca teve como filosofia construir hospitais Brasil afora. Era muito mais viável administrativa e economicamente contratar um hospital privado do que construir. Ainda mais porque, quando começou a Previdência, o dinheiro era apenas do patrão e do trabalhador, e por eles administrado.

Hoje, a rede hospitalar privada está estagnada devido a vários problemas: falta de incentivo, impostos elevados, remuneração limitada dos planos de saúde e aviltante por parte do SUS. Um hospital exige manutenção permanente, recursos para investir na própria unidade a fim de se manter e para acompanhar a evolução tecnológica. Acredita-se que poderá haver alguma expansão mesmo em áreas limitadas pela possibilidade de aporte do capital estrangeiro que está começando a entrar no Brasil.

Paralelamente à expansão da rede hospitalar, o brasileiro foi cultivando a cultura de buscar o hospital por qualquer doença. Costuma-se dizer que esse é um modelo hospitalocêntrico. Como os postos ou os centros de saúde funcionavam precariamente, o hospital tornou-se o recurso para pessoas com doenças graves ou mesmo com sintomas

mais leves. Essa preferência, no entanto, esbarra na falta de profissionais qualificados ou mesmo no número insuficiente de médicos, o que tem gerado sempre reclamações de muitos brasileiros.

Divisão pública e privada na saúde

O panorama geral da assistência à saúde no Brasil mostra que, desde os primórdios, todas as providências do governo com relação ao departamento de saúde pública e depois ao Ministério da Saúde sempre foram no campo da Medicina Preventiva, ou seja, na promoção da saúde e na prevenção da doença. É o caso da febre amarela, da varíola e da doença de Chagas. Coube ao governo estar sempre tomando providências no sentido de combater endemias ou de promover a saúde da população, mediante programas, campanhas e vacinações.

Enquanto o Ministério da Saúde preocupava-se com a prevenção de doenças, quem tomava conta da recuperação da saúde, ou seja, quem cuidava das doenças, desde o tempo do Império, eram os hospitais chamados beneficentes, comunitários, as Beneficências Portuguesas, as Congregações Religiosas ou as Santas Casas. Estas entidades, sem fins lucrativos, muitas vezes, fundavam o hospital, mas precisavam de enfermagem, de alguém que cuidasse do paciente no dia a dia, então várias Congregações Religiosas se dedicavam a dar essa assistência ao doente.

Na época do Império, não havia Ministério da Saúde. Existiam alguns departamentos de portos onde se cuidava da prevenção, da contaminação e evitava-se exportar doenças, pois a saúde era focada principalmente nos portos. No interior do Brasil, não existia essa preocupação.

No início da minha profissão, havia pouca disponibilidade de recursos diagnósticos. O médico precisava exercitar sua perspicácia, análise,

percepção, seu poder de raciocínio em busca de uma conclusão para poder formar um diagnóstico. Havia apenas meia dúzia de exames de laboratório e o raio X. Não se dispunha de tomografia, exames hormonais elaborados, ressonância magnética, nada disso. Quanto mais tecnologia, mais dispendioso é o processo, precisa-se de mais investimentos e maior o retorno financeiro por parte do paciente ou de quem paga por ele.

As doenças negligenciadas

Vivemos hoje uma nova era que se relaciona com doenças impostas por um estilo de vida moderno, em que a tecnologia permite diagnósticos mais precisos e medicamentos mais poderosos. Todavia muitas doenças que causaram mortes no Brasil, nos séculos anteriores, ainda persistem e são chamadas por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz de "doenças negligenciadas". Elas são socialmente determinadas e deixam sequelas que se refletem nas condições de vida da população. Questões como saneamento básico, renda e nível de educação explicam a permanência de doenças que foram alvo de tratamento especial durante o século XX. Ainda são fontes de preocupação a dengue, a doença de Chagas, a leishmaniose, a malária, além da tuberculose e da hanseníase.

Estas doenças endêmicas, com surtos epidêmicos, desafiam o sistema público de saúde. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2012, foram registrados mais de 33 mil novos casos de hanseníase, considerada uma das doenças mais antigas que acometem o homem e que hoje tem cura. Os estados de Mato Grosso, Maranhão e Tocantins apresentaram, em 2012, alta incidência da doença. Os estados da Região Sul e da Sudeste, somados ao Rio Grande do Norte, alcançaram a meta de eliminação da hanseníase como

problema de saúde pública. Apesar de negligenciadas, as doenças endêmicas estão mais controladas e menos de 5% da população morrem em consequência delas.

3 CAPÍTULO
SURGE A PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: DAS CAPS AO INPS

Surge a Previdência Social no Brasil: das CAPs ao INPS

A década de 30 já foi considerada por historiadores como a pior do século XX. Foram anos marcados pelo fim de uma sangrenta guerra mundial e por movimentos que eclodiriam na segunda guerra, além de uma crise econômica que se iniciou com a quebra da bolsa de Nova York e transformou-se na Grande Depressão. Os movimentos totalitários começavam a surgir nos países europeus, com Mussolini na Itália, Salazar em Portugal, Francisco Franco na Espanha e Stálin na União Soviética, além de Hitler na Alemanha.

No Brasil, recém-saído da monarquia e do fim da escravidão, vivia-se a transição entre uma economia rural – mantida pela venda de produtos, como o café e a cana-de-açúcar entre outros – e o início de uma industrialização que surgia para substituir a importação de bens de serviços e maquinários de países, como a Inglaterra especialmente. Entre 1921 e 1930, o café representava 70% das exportações brasileiras, chegando a receber o nome de *Ouro Verde*. O surto industrial foi impulsionado com a chegada dos imigrantes europeus, especialmente os italianos, que substituíram a mão de obra escrava nas lavouras do Sul do país. Esses imigrantes foram os responsáveis pelo surgimento de um movimento operário, que deu origem às primeiras uniões de trabalhadores.

Naqueles anos, um jovem deputado federal, natural da cidade de Pindamonhangaba, São Paulo, começava a tomar conhecimento das dificuldades dos imigrantes e das suas condições de trabalho. Sua cidade vivia dias de gloriosa fartura graças à cultura cafeeira que avançava pelo interior paulista. Promotor aos 21 anos, Eloy Chaves viu abrir diante de si a perspectiva de um futuro legislativo. Concorreu e foi eleito deputado federal aos 27 anos, pelo então

Partido Republicano Paulista, graças ao apoio que recebeu dos trabalhadores de seu estado natal. Logo se revelou um parlamentar brilhante, atuante e renovador, reelegendo-se seguidas vezes. Lutou na Câmara Federal pela reforma da Marinha de Guerra, então sem equipamentos e atrasada em relação aos demais países.

Eloy Chaves dedicou-se também à situação do trabalhador, sem direitos e nem assistência social. Ele percorria o interior do estado utilizando as ferrovias. Havia uma estrada de ferro em São Paulo, a Sorocabana, que era uma empresa da iniciativa privada. Em conversas com os ferroviários, a preocupação com o futuro cristalizou-se. Eloy Chaves chegou à conclusão de que os trabalhadores estavam ficando ao léu, porque não tinham assistência médica, nem qualquer benefício assistencial, ou aposentadoria. Diante desse quadro, nasceu a ideia de fazer alguma coisa em prol do trabalhador. De volta à Câmara Federal, apresentou um projeto de lei, aprovado pelo Decreto-Legislativo n° 4.682, de 14 de janeiro de 1923, conhecido como Lei Eloy Chaves, base sobre a qual foi construída a Previdência Social brasileira.

A lei mandava criar, em cada uma das empresas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões aos respectivos empregados. Consideravam empregados das ferrovias não só os que recebiam um ordenado mensal como também os diaristas que executassem serviços contínuos, por mais de seis meses, na mesma empresa e ainda criava um fundo de manutenção das caixas, a partir de uma contribuição mensal dos empregados, no valor de 3% do vencimento, e a contribuição anual da empresa, no valor de 1% da renda bruta, além de:

a. soma que produzir um aumento de 1,5% sobre as tarifas da estrada de ferro;
b. importâncias das joias pagas pelos empregados na data da criação da Caixa e pelos admitidos posteriormente, equivalentes a um mês de vencimentos e pagas em 24 prestações mensais;

c. importâncias pagas pelos empregados correspondentes à diferença no primeiro mês de vencimentos, quando promovidos ou aumentados de vencimentos, pagas também em 24 prestações mensais;

d. valores pagos a mais e não reclamados pelo público dentro do prazo de um ano;

e. multas que atinjam o público ou o pessoal;

f. verbas sob rubrica de venda de papel velho e varreduras;

g. donativos e legados feitos à Caixa; e

h. juros dos fundos acumulados.

Os ferroviários que contribuíssem com a Caixa teriam direito a socorro médico, em casos de doença, para sua pessoa ou qualquer outro membro da família que habitasse sob o mesmo teto e sob a mesma economia, além de medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração. Teriam, também, direito à aposentadoria e à pensão para seus herdeiros em caso de morte. A lei ainda estipulava os valores da aposentadoria, que seria completa para o empregado que prestasse pelo menos 30 anos de serviços e que tivesse 50 anos de idade.

A partir daí, surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) sempre por empresas. Os benefícios da lei foram estendidos aos empregados de empresas portuárias, de serviços telegráficos, água, energia, transportes, gás, mineração, entre outras. Chegaram a atingir o total de 183 caixas.

Até esse período, não se pensava em transformar a Previdência em uma política pública, uma vez que as CAPs surgiam graças às reivindicações dos trabalhadores junto às empresas a que eram ligados.

Os acontecimentos históricos influíram nas mudanças para a assistência previdenciária no país.

A era Vargas

No Brasil, ocorreu a Revolução de 30, um movimento que chegou ao poder encabeçado pelo político gaúcho Getúlio Vargas. Foi um tempo de efervescência e disputa política. Esta situação tinha a ver com a diversidade das forças que haviam se aglutinado em torno da Aliança Liberal, a coligação partidária oposicionista que, em 1929, lançou a candidatura de Getúlio Vargas à Presidência da República. A despeito da sua heterogeneidade, no ideário da Aliança Liberal, estavam presentes temas relacionados com justiça social e liberdade política. Os aliancistas propunham as reformas no sistema político, a adoção do voto secreto para evitar as fraudes eleitorais e as novas leis trabalhistas.

Até então, o Brasil era governado pelas oligarquias de Minas Gerais e São Paulo. Por meio de eleições não muito republicanas, essas oligarquias mantinham-se no poder e conseguiam alternar, na Presidência da República, políticos que representavam seus interesses. Esta política, conhecida como *café com leite*, gerava descontentamento em setores militares que buscavam a moralização política do país. Após as eleições de 1930, as oligarquias de Minas Gerais e São Paulo entraram em conflito. Os mineiros passaram a apoiar a Aliança Liberal de Vargas. Esses conflitos eram, principalmente, entre partidários da Aliança Liberal e defensores do governo federal, liderados por Washington Luiz, que apoiava o candidato paulista, que foi eleito, mas não assumiu, porque os chefes do Exército e da Marinha depuseram o presidente, instalaram uma junta militar e, em seguida, transferiram o poder para Vargas.

Na área social, em novembro de 1930, o governo Vargas criou o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, chamado Ministério da

Revolução, e o Ministério da Educação e Saúde Pública. Foram também promulgados decretos e leis de proteção ao trabalhador. A jornada de trabalho no comércio e na indústria foi fixada em oito horas; o trabalho da mulher e do menor foi regulamentado; adotou-se uma lei de férias; foi instituída a carteira de trabalho e o direito a pensões e aposentadorias. Esse conjunto de leis e decretos culminaria, em 1943, com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), entidades de proteção social que, numa ação evolutiva, mudaram o sistema dos trabalhadores ligados às CAPs por empresas e passaram a reunir categorias profissionais. Os institutos, organizados por atividade profissional, substituindo as antigas Caixas de Aposentadoria, passaram a ser os grandes responsáveis pela assistência à saúde do trabalhador. Nesse ponto, foi institucionalizada a diferença de tratamento na área da saúde, entre quem estava com vínculo empregatício formal e os segmentos da população sem emprego fixo, no mercado informal e os trabalhadores rurais. O primeiro IAP criado foi o dos Marítimos, em 1933, seguido por vários outros: comerciários, bancários, industriários, ferroviários e empregados no serviço público.

Os vários institutos criados por Getúlio continuaram funcionando com a contribuição mensal do empregado e do empregador. O governo passou a contribuir com pequena parcela destinada a assumir os encargos financeiros da administração dos institutos, colocando um volume de recursos suficientes apenas para o custeio da máquina administrativa. O governo tinha por atribuição contratar os funcionários e administrar os institutos e, assim, o sistema previdenciário foi evoluindo.

Desde que esses institutos começaram a prestar serviço, não era filosofia da Previdência Social construir os hospitais ou contratar toda a força de trabalho da saúde para dar assistência. A ideia era contratar serviços de médicos particulares, hospitais, tanto os lucrativos quanto

os não lucrativos. Foi quando começou a se desenvolver e crescer a rede hospitalar privada.

No decorrer da década de 30, começo da década de 40, aumentou o número dos hospitais privados que trabalhavam sob contrato ou firmando convênios com os institutos para prestar serviço. O hospital podia manter contratos com os institutos de bancários, industriários, ou comerciários. Eram contratos diferentes apenas em valores e quanto a algumas regras administrativas, porque cada instituto pagava valores diferenciados, uma vez que as arrecadações de cada um deles dependiam dos salários dos trabalhadores.

Nessa época, foram criadas as tabelas de procedimentos que apresentavam uma parte descritiva homogênea, englobando a quase totalidade dos atos e procedimentos médicos, inclusive as diárias e taxas de serviços hospitalares. Cada instituto tinha seu quadro próprio de servidores, inclusive médicos e enfermeiros nos seus ambulatórios próprios para atendimento nas diversas especialidades médicas, com toda a estrutura burocrática necessária. Já os atendimentos especializados, como cirurgias e internações, eram encaminhados aos serviços contratados ou credenciados.

Com a criação dos IAPs, alguma diferenciação de cobertura ocorreu. Enquanto vários deles ofereciam assistência a toda a família, tal qual nas CAPs, outros limitavam a cobertura da assistência à saúde somente ao trabalhador. O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) foi o último a dar cobertura total. Foram incorporando benefícios de acordo com a capacidade financeira que eles tinham; e o sistema foi evoluindo com a expansão da economia e a agregação de novos benefícios, ainda que, inicialmente, de pequena monta. Apesar dessas diferenças, o valor da remuneração pago pelos institutos era suficiente para a manutenção dos hospitais privados que, à época, dispunham de pouca tecnologia agregada. A Previdência estruturada dessa maneira foi evoluindo e modernizando-se.

Um novo conceito

Com a CLT em 1943, ainda sob o governo Vargas, a Previdência foi elevada a uma política de Seguridade Social. Essa nova mentalidade surgiu porque a Inglaterra, que enfrentava a Segunda Guerra Mundial, não conseguia manter as contribuições privadas para o seguro social. Logo foi introduzido o conceito de Seguridade Social, oposto à lógica do seguro privado, a partir de um projeto aprovado no parlamento do Reino Unido. O então chamado Plano Beveridge, que instituía a Previdência como um serviço público e definiu as bases para o sistema público de saúde inglês, foi publicado no Brasil, em 1943. Os efeitos e as mudanças não foram imediatos, e não se rompeu o vínculo da contribuição de empregados e patrões.

Em 1954, já no governo do presidente Café Filho, começou-se a notar que, em função da abrangência da assistência e de alguns outros benefícios que foram criados, os custos da assistência à saúde estavam ficando mais vultosos. Isso determinou, pela primeira vez, o aumento do percentual de contribuição do empregado de 5% para 6% e, consequentemente, o aumento da contribuição patronal. Esses percentuais permaneceram estáveis até 1960, quando da aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social, trazendo mais benefícios aos trabalhadores, como licença-maternidade entre outros. Para manter tais conquistas, as contribuições foram novamente majoradas para 8% por parte do empregado com repercussão na contribuição patronal. Argumentava-se que os grandes gastos advinham das despesas com assistência à saúde. Devemos salientar que, desde o primeiro aumento da alíquota em 1954 e a ocorrida em 1960, a argumentação mais enfática para justificar o reajuste era a necessidade de recursos para a área da saúde.

Surgiam novos estabelecimentos hospitalares e houve a necessidade de criar instituições que pudessem representar os hospitais junto

aos órgãos de gestão do sistema previdenciário, localizados no Rio de Janeiro, então a capital da República. Deve-se registrar que esse crescimento da rede assistencial levou à criação de associações e sindicatos do setor para congregá-los e, ao mesmo tempo, defender seus interesses. Os primeiros sindicatos de hospitais do Brasil foram o do estado de São Paulo, em 1938, e o de Minas Gerais, em 1943.

No mesmo sentido, mantendo o espírito associativista, surgiram entidades não sindicais congregando hospitais em associações. Segundo consta, a primeira foi a Associação dos Hospitais de Minas Gerais (AHMG), fundada em 9 de dezembro de 1956. Em 7 de junho de 1965, foi criada a Associação dos Hospitais que prestam serviços à Previdência Social, tendo posteriormente alterado seu nome para Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo (AHESP). Na sequência, surgiu a Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia (AHSEB), em 20 de outubro de 1965.

A partir das necessidades destas entidades – sindicatos e associações –, foram criadas novas instituições em diversos estados da Federação que passaram a demandar a existência de uma entidade de caráter nacional que pudesse congregá-las e lidar com os interesses do setor privado da área da saúde em nível federal. Em 1966, foi criada, com sede na cidade do Rio de Janeiro, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Posteriormente, em 1983, os sindicatos reuniram-se em uma entidade nacional, dando origem à Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaess).

A administração dos institutos ficava na capital da República por integrar o Ministério da Previdência. Neste ministério foi criado o Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS), que era o elemento de ligação entre o setor contratado e os prestadores, editando normas, negociando valores e reformulações de sistemas de pagamento, controlando auditorias e fiscalizações dos prestadores, enfim toda e qualquer postulação da rede tanto quanto

a glosa (recusa do pagamento parcial ou total de procedimentos já realizados), auditorias ou qualquer outra reivindicação.

O DNPS coordenava, definia as regras gerais e discutia os valores de tabela, de remuneração de hospitais, de médicos, além das discussões sobre como remunerar novos procedimentos. Para essas negociações, os hospitais e as associações tinham como representante a FBH, a primeira e mais presente mediadora das reivindicações com o governo.

A fase desenvolvimentista

O tardio processo de industrialização brasileiro começou a ser revisto em 1955, com a eleição do presidente Juscelino Kubitschek. O plano de metas proposto pelo presidente inaugurou uma fase desenvolvimentista e começou a transformar o Brasil e as suas estruturas sociais e econômicas. As grandes metrópoles e cidades nas periferias das capitais foram urbanizadas, e o crescimento populacional expôs novas demandas sociais e questões, como saneamento básico e melhor distribuição de renda. Brasília foi construída em tempo recorde no Planalto Central e inaugurada em 21 de abril de 1960.

Foi no governo de Juscelino que foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), considerada um marco na época. Depois de tramitar por 13 anos no Congresso Nacional, sua principal mudança foi a indexação de todos os institutos. A lei propunha ainda a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), tornado realidade ainda em 1966. O novo instituto ampliou a cobertura previdenciária para os trabalhadores rurais e domésticos assim como para os profissionais autônomos.

Em 1967, todos os institutos foram fundidos em um único órgão, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). O Brasil estava crescendo, assim como as instituições, e o acúmulo de problemas fez com que se optasse pela unificação da administração previdenciária,

inclusive da assistência médica no país. Foi quando se cumpriu o que propunha a Lei Orgânica da Previdência. Com a fusão dos IAPs, surgiu a necessidade de organizar uma tabela de pagamentos única, mediante a consolidação das diversas existentes em cada instituto. Como os valores de remuneração foram unificados, definidos pelas médias apuradas, os valores do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB) foram reduzidos enquanto aqueles do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI) foram aumentados. Para a rede credenciada da Previdência Social, foi um avanço, pois, em vez de se relacionar com diversas entidades, passou a se entender somente com o INPS.

Já que havia somente uma fonte pagadora, os entendimentos e as negociações ficaram menos complexos. Desde o início dos institutos, sempre houve bom relacionamento com a classe médica, mas havia uma corrente contrária, liderada pela Associação Médica Brasileira (AMB), que propugnava pela Medicina liberal, sem qualquer definição prévia de valores de honorários ou limitação.

Como forma de expansão do atendimento e agilidade nas soluções de casos, existia a figura do médico "credenciado" que se oferecia, voluntariamente, para receber por serviços prestados, obedecidos os valores das tabelas. Nada impedia que um médico do quadro funcional do INPS se credenciasse para atendimento em hospitais ou clínicas na qualidade de autônomo. Para facilitar a valoração do trabalho médico, a remuneração era calculada em Unidade de Serviço (US). Esta definição do valor do procedimento serviu para facilitar cálculos, processamentos e reajustes, pois bastava alterar o valor da US e todos os procedimentos eram automaticamente atualizados.

Havia inúmeros mecanismos de controle. Se o paciente, ainda que por necessidade e não por negligência do profissional, ficava internado por mais tempo, depois da primeira semana, o valor da remuneração do clínico decaia. Em vez de 14 unidades de serviço

recebidos por dia de internação durante a primeira semana, a remuneração passava a ser de 8 US por dia. Havia uma perfeita diferenciação: o salário era para atender ao doente no consultório próprio do INPS. Fora desse horário, ele podia atender ao doente internado em hospital e receber o pró-labore por essa internação.

O valor de remuneração dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento (SADT), assim como os serviços de laboratórios, de bancos de sangue, de radiologia deveriam ser previamente autorizados. No entanto havia ainda outro tipo de controle na área hospitalar: a figura do médico supervisor, atuando diretamente no hospital contratado, para analisar a necessidade real da internação, o andamento do tratamento, a medicação e os procedimentos requeridos, assim com a permanência do paciente. Esse acompanhamento era de grande valia para todos os envolvidos, pois o hospital não corria risco de ter suas cobranças glosadas[2], o médico tinha a garantia de que sua atuação não seria futuramente questionada e o instituto, a certeza de que não estava sendo lesado por comportamento não convencional dos entes credenciados.

O paciente recebia uma guia de internação para ser recebido em qualquer hospital credenciado ou no hospital onde o médico que o atendeu trabalhasse. Em que pese ser uma Medicina socializada, havia ainda certo grau de bom relacionamento médico-paciente. Existia uma série de práticas dentro da Previdência Social que permitia um funcionamento mais harmônico e um entrosamento melhor do médico com a gestão dos institutos e do INPS. Assim, a assistência à saúde na Previdência foi evoluindo, cresceu e modernizou-se. No próximo capítulo, pode-se observar que, com a criação do Inamps, os entendimentos foram aperfeiçoados.

2 Glosa: termo que se refere ao não pagamento de valores referentes a atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas pelas empresas prestadoras (hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros) e pelo profissional liberal da área de saúde.

4 CAPÍTULO
COMEÇA A INFORMATIZAÇÃO NO INPS

Começa a informatização no INPS

O Brasil entrou na década de 60 com uma nova capital federal. No dia 21 de abril de 1960, dia consagrado ao Alferes Joaquim José da Silva Xavier, o Tiradentes, o presidente Juscelino Kubitschek afirmava:

> *viramos no dia de hoje uma página da História do Brasil. Deste planalto central, Brasília estende aos quatro ventos as estradas da definitiva integração nacional. E por onde passam as rodovias vão nascendo os povoados, vão ressuscitando as cidades mortas, vai circulando, vigorosa, a seiva do crescimento nacional.*

Época de grande desenvolvimento econômico, o produto interno bruto (PIB) cresceu em média 7% ao ano, enquanto a taxa *per capita* aumentou num ritmo quatro vezes maior que no restante da América Latina. Tal situação refletia as prioridades do governo de JK no panorama econômico-industrial do país. O crescimento não se fez, porém, sem endividamento. A dívida externa brasileira crescia e, para administrar esse problema, o presidente Juscelino lançou um plano de estabilização da economia, com o combate à inflação que subia.

Foram décadas marcadas pela grande explosão do futebol brasileiro, que ganhou dois campeonatos mundiais, em 1962 e em 1970, conquistando nesse ano o tricampeonato, no México. Foi uma vitória comemorada com a transmissão a cores da partida final pela televisão brasileira, que então despontava como o grande meio de comunicação de massa. O país foi palco da massificação das informações e dos padrões de comportamento de consumo. A informação era dominada pelo rádio e pela televisão, o que influenciou diretamente na transformação dos costumes. No campo musical, a tropicália surgiu no final da década de 60 e foi um dos movimentos artísticos mais importantes dessa época, porque teve grande influência da cultura

pop brasileira e internacional e de correntes de vanguarda, como, por exemplo, o concretismo. O marco inicial foi o Festival de Música Popular, realizado, em 1967, pela TV Record.

No campo político, o plano de reformas do presidente João Goulart fracassava, provocando desconfianças em parte da população e entre os militares que, em 31 de março de 1964, afastaram o presidente e assumiram o governo da nação. No campo econômico, foram anos de grandes realizações, com a criação de empresas estatais como a Eletrobrás, Nuclebrás, Embratel, Telebrás, Infraero, além da implantação do programa nuclear, com a construção das Usinas Angra I e Angra II e com o desenvolvimento das indústrias aeronáutica e naval. Foi implantado o Programa Nacional do Álcool (Pró-Álcool) e foram construídas grandes hidrelétricas, como Tucuruí, Jupiá, Itaipu. Surgiram as empresas de financiamento de pesquisa, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), a Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (Capes), a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa). Foi implantado o Banco Central, o Banco Nacional de Habitação e a Polícia Federal. Na Previdência Social, surgiu o Funrural, um programa de Previdência para os cidadãos do campo.

O que mudou na Previdência

A saúde pública no Brasil, durante esse período, começou com um processo de mudança que criou as primeiras bases para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90, ao mesmo tempo em que eram criados os primeiros planos de saúde com a implantação da indústria automobilística. Houve uma redefinição das competências do Ministério da Saúde que se tornou atuante na formulação da política nacional de saúde e na assistência médica

ambulatorial e hospitalar mediante a expansão das atividades da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), como prevenção à saúde, controle sanitário, pesquisas na área da saúde. Houve, ainda, uma ampliação das antigas atividades no campo sanitário.

Ademais, a assistência médica e hospitalar continuou sendo prestada pelo Ministério da Previdência Social, que administrava o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), surgido em 1967 com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, os IAPs. No início da década de 60, com a instalação das montadoras, entre elas Mercedes Benz e Volkswagen, iniciou-se a criação de planos de saúde para funcionários e suas famílias. Em suma, planos fechados, específicos para determinada patrocinadora ou entidade de classe. Esse modelo é até hoje chamado de autogestão e pode-se dizer que, de modo geral, são as empresas as patrocinadoras. O objetivo estratégico da autogestão foi oferecer assistência de qualidade para seus usuários, ao menor custo possível.

Desde o surgimento dos institutos, como já dito, passa-se a ter vários tipos de usuários de serviços de saúde no Brasil: o que tinha emprego formal com carteira assinada ou era empregador, ambos contribuintes da Previdência e que usavam os serviços médicos do INPS/Inamps; um segundo grupo, de pessoas mais abastadas que podiam pagar a assistência do próprio bolso; e, em terceiro lugar, citam-se aqueles que não tinham nem dinheiro, nem carteira assinada, chamados de indigentes, que continuavam sendo atendidos pelas Santas Casas. Com a criação dos planos de saúde, cria-se um novo tipo de usuário, aquele que, embora esteja na economia formal e contribua para a Previdência Social, ou para um fundo de previdência dos estados, ainda assim usa o plano.

Com a necessidade de prestadores de serviços, as Santas Casas passaram a ser conveniadas com o INPS/Inamps, desde a década de 60,

atendendo a todos os beneficiários dos institutos, ao mesmo tempo em que cuidava dos rurícolas, cobertos pelo Funrural, além dos desvalidos. As acomodações apresentavam algumas diferenças físicas; era comum, nessas instituições, a existência de grandes enfermarias, algumas com mais de 20 leitos, e a Previdência Social não aceitava que seus beneficiários fossem internados nessas condições e só aceitava quartos menores com até quatro internados. As normas dos institutos permitiam contratar apenas leitos de enfermarias, independentemente da condição social do usuário.

Havia, porém, uma ressalva: o paciente ou a sua família poderia optar por acomodações diferenciadas (apartamentos exclusivos) desde que se dispusessem a pagar a diferença de valores entre aquele da enfermaria e a acomodação individual. Os valores adicionais a serem pagos, nesses casos, não eram abusivos, pois os grandes gastos, com medicamentos – antibióticos, soros, etc. – eram remunerados de acordo com o contrato existente. Com a implantação do SUS, foi proibida essa complementação e o consequente uso de acomodações diferenciadas.

Antigamente, a disponibilidade de tecnologia era escassa e os custos assistenciais não eram onerosos como hoje. Com o passar do tempo, foram aparecendo novas tecnologias, novos exames, medicamentos, recursos terapêuticos e diagnósticos. No final da década de 50, o doente grave recebia cuidado integral, geralmente com a cooperação de acadêmicos de Medicina que se revezavam no quarto do doente durante as 24 horas do dia. Na década de 60, os casos graves eram isolados em acomodações individuais, com assistência médica e de enfermagem presenciais ao pé do leito. Na vivência de muitos médicos, enfermeiros e acadêmicos de Medicina, essa época afigura-se como precursora da unidade de terapia intensiva (UTI).

Surge o Inamps

O passo seguinte, após a unificação dos IAPs, foi desvincular os serviços de aposentadoria e pensões dos serviços de assistência médica. Para isso, foi criado o Inamps, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, que era uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Ele foi criado ainda no regime militar em 1977 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em quatro segmentos: 1) o INSS, responsável por benefícios, reabilitação social, perícia médica; 2) o Iapas, encarregado de arrecadação e fiscalização; 3) o Inamps, responsável pela prestação de assistência médica; e 4) o Dataprev, órgão responsável pelo desenvolvimento e processamento de todos os dados da Previdência Social.

O Inamps passou a dispor de alguns estabelecimentos próprios, ou seja, de hospitais construídos à época do INPS, quase todos localizados em capitais dos estados ou na capital da República, mas a totalidade dos atendimentos era realizada pela iniciativa privada, mediante os convênios que estabeleciam as condições da prestação dos serviços. Com a criação do Inamps, melhorou ainda mais a relação que os hospitais privados mantinham com o governo porque ficou uma administração da saúde separada dentro da estrutura da Previdência Social. A entidade mais representativa do setor privado da saúde era a Federação Brasileira de Hospitais, que tinha presença efetiva em todas as negociações, seja para efeito de definição de valores de remuneração, de termos de contrato ou "convênios", seja para discutir normas contratuais ou inovações e aperfeiçoamento dos processos de gestão.

Essa relação público-privada começou antes mesmo da criação da Federação Brasileira de Hospitais, quando as primeiras associações de hospitais começaram a manter negociações constantes com o

sistema previdenciário. Esse relacionamento institucional fortaleceu-se com a criação da Federação, em 1966. Em uma dessas negociações, a Federação conseguiu algo inédito na área da saúde, que foi definir o valor real de uma diária hospitalar de enfermaria de quatro ou seis leitos e de quanto seria a remuneração do médico. A primeira foi definida com o valor de 10% do salário mínimo vigente, enquanto a remuneração do médico, denominada unidade de serviço (US), foi arbitrada em 1% do salário mínimo. A grande parte dos médicos dispunha-se a prestar serviços ao Inamps porque os valores eram razoáveis e não aviltantes como nos dias atuais. Devemos lembrar que – em face de uma postura elitista da Associação Médica Brasileira, à época, que entendia que os honorários eram degradantes – quem negociava os valores de remuneração dos médicos era a Federação, na defesa dos interesses dos médicos que trabalhavam nos hospitais.

No governo militar, não houve nenhum problema de relacionamento, nem qualquer cerceamento do desenvolvimento do setor hospitalar brasileiro, privado ou filantrópico.

Sistema de pagamentos

O Inamps tinha um sistema de pagamento designado como *fee-for-service*, para pagamento aos prestadores – hospitais e médicos, de acordo com os serviços produzidos. À medida que o Brasil foi crescendo e os previdenciários foram aumentando, o número de serviços e de profissionais credenciados, por consequência, foi ampliado.

Em 1977, na transição do INPS para o Inamps, foi desenvolvido o primeiro sistema informatizado de processamento e pagamento de contas. O hospital continuava apresentando a conta de acordo com o produzido, mas, em vez de o pagamento ser realizado somente após conferências e revisões manuais, as contas apresentadas eram

processadas por sistema informatizado, estranhamente programado para liberar pagamento de cada procedimento até determinado limite, o chamado "gabarito", que corresponderia ao valor calculado de cada procedimento, desde que as doenças evoluíssem dentro do esperado e sem qualquer intercorrência.

O sistema era ainda incipiente e razoavelmente complicado, uma vez que os hospitais tinham que preencher as contas manualmente para posterior digitação pela Dataprev. Assim, o prestador datilografava todas as contas, de acordo com as regras com cuidados extremos para que não houvesse erro. Esse medo tinha suas justificativas porque, se a conta fosse rejeitada, deveria aguardar cerca de 30 a 40 dias para receber a informação, datilografar as contas novamente para reapresentá-las e lá se iam dois ou três meses para um novo processamento.

Esse sistema de pagamento por gabaritos, logo de início, recebeu muitas críticas, principalmente das unidades de saúde que se dedicavam ao atendimento de urgência ou de patologias mais graves ou complexas, principalmente as cirúrgicas. Tudo isso determinava a geração de grandes passivos financeiros, pois os valores liberados, de acordo com os "gabaritos", correspondiam a 40% ou 50% do valor apresentado. Como consequência, para receber a diferença, era necessária, após o recebimento do relatório, a apresentação de recursos com as justificativas dos gastos.

O processo inicialmente era trabalhoso e, muitas vezes, demandava até seis meses para ser solucionado porque os recursos tinham que ser apresentados em outro formulário, Justificativa de Valores Excedentes (JVE), formulário esse que logo mudou de nome para Reclamação ou Recurso de Diferença de Pagamento (RDP). Os prejuízos foram de grande monta, diversos hospitais entraram em crise financeira ainda mais porque, à época, a inflação não era desprezível e os valores, quando eram pagos, não eram atualizados.

Como esse sistema apresentava todos os problemas citados acima, já sob a gestão do Inamps, a presidência do órgão criou uma equipe de técnicos e especialistas na administração de assistência à saúde e conhecedores da história das instituições para atuar com equipes de analistas de sistemas e programadores, tendo como consultora a FBH, para desenvolver estudos voltados para a busca de alternativas, com vista a criar um novo modelo de remuneração. Como já havia tabela descritiva de atos e procedimentos consolidada, apresentando códigos com definição racional, a construção do novo modelo demandou pesquisas de experiências internacionais, além de se buscar uma fórmula que permitisse saber os valores médios dos procedimentos realizados em hospitais, criar uma expectativa real de gastos para o INPS, com racionalização dos valores a serem atribuídos aos honorários médicos e a serviços complementares incluindo anestesia.

Essas mudanças e evoluções sempre foram discutidas entre Inamps e prestadores de serviços, por um lado. Nem tudo saia de comum acordo, mas era discutido. Por outro lado, era um sistema rígido, se houvesse um erro de informação ou código, a conta era rejeitada. Era necessária muita atenção ao fazer as contas porque, quando ocorria um erro, recebia-se um relatório de rejeição para que as contas fossem refeitas e serem apresentadas novamente. Esse processo durava, em média, dois meses. A cada 30 dias, as contas apresentadas corretamente eram pagas.

Os cálculos

Para estabelecer novos cálculos, foram analisadas experiências que estavam em andamento em Portugal, além do sistema que estava sendo desenvolvido, nos Estados Unidos, de pagamento fixo para cada procedimento, porém detalhando cada um de seus

componentes principais: diárias hospitalares, taxas do hospital, materiais e medicamentos, serviços profissionais e serviços auxiliares de diagnóstico e de tratamento.

Para esses cálculos, foram tomadas como base todas as Guias de Internações Hospitalares (GIHs) pagas num período superior a quatro anos. Esse novo sistema recebeu o nome de Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) mais comumente chamado de sistema AIH. Tomou esse nome porque a antiga GIH foi renomeada e inovada e passou a ser denominada Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O SAMHPS foi implantado gradativamente no Brasil, teve início em 1980 e só terminou em 1982.

De acordo com o novo sistema, chegou-se à definição de um valor que pudesse englobar um ou mais procedimentos desde que apresentassem valores médios próximos ou iguais, conforme apurado nos levantamentos. Esse agrupamento somente podia juntar num mesmo valor procedimentos da mesma área, ou seja, clínicos ou cirúrgicos. Interessante notar que o "pacote" ou valor do procedimento era apresentado com a discriminação e o valor de cada um de seus cinco componentes: diárias, taxas, materiais/medicamentos, serviços profissionais (SP) e serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento (SADT).

Esse novo sistema de autorização de internação de pagamento, o SAMHPS, começou a ser implantado nos primeiros meses de 1980, iniciando pelo estado do Paraná. Com a criação do sistema AIH, foram eliminados, no âmbito do Inamps, os processos de revisão de conta.

Havia ainda um indicador para cada procedimento, a média de permanência, que teve como intenção aquilatar a capacidade resolutiva do hospital. Por exemplo, a média de internação de paciente com pneumonia era de seis dias. Se o paciente ficasse internado até a média estipulada ou mais da metade da média, ou até o dobro da

média, o hospital recebia integralmente o valor da tabela. Porém, se houvesse necessidade de permanência acima do dobro da média, havia o pagamento de um valor diário, até certo ponto irrisório, que era o mesmo em qualquer circunstância, isto é, tanto fazia ser um paciente clínico ou cirúrgico.

O Sistema AIH foi concebido para ser totalmente informatizado e a Dataprev preparou-se para tal. Todavia o hospital continuava na era pré-informática e tinha que datilografar todas as AIHs e enviá-las para processamento. Veja que início difícil! A Dataprev digitava as AIHs apresentadas, cujos dados eram registrados em cartões perfurados. Os cartões perfurados eram levados à sede desse órgão para processamento e geração de relatórios gerenciais e de contas pagas em impressoras matriciais e enviados para os respectivos estados para efeito de pagamento e distribuição aos hospitais.

É importante registrar que cada médico, clínica, serviços de diagnóstico, hospitais, ao se cadastrar no INPS, posteriormente no Inamps e depois no SUS, tinha que indicar o banco e a conta-corrente onde seriam depositados os pagamentos.

Como estávamos ainda nos primórdios da informatização e toda essa complexidade funcionou como um estímulo para que a rede hospitalar pudesse entrar na nova era tecnológica. Para se habilitar, a instituição de saúde tinha que dispor de computadores que aceitassem a digitação (não era mais datilografia) e gerar uma fita magnética, o que era dispendioso, mas tornou-se necessário ao longo do tempo. Foi um avanço muito grande, apesar das dificuldades.

No início do sistema AIH, houve vários problemas, como, por exemplo, o pagamento das transfusões de sangue, próteses e órteses e medicamentos especiais em UTI que não foram apropriados convenientemente, demandando correção, adaptações e criação

de mecanismos complementares no preenchimento das AIHs, cobranças manuais ou sistemas paralelos.

Nas discussões da FBH com o Inamps, foram levantadas as dificuldades que os hospitais apresentavam e os aperfeiçoamentos necessários foram, gradativamente, implementados. O sistema ficou bom porque, apesar do valor fechado, havia a definição dos seus componentes, o que permitia correções de valores de acordo com as variações de mercado. Se havia aumento de salário, aumentava-se a diária, em que a presença de pessoal qualificado apresenta peso maior. Podia-se mudar o valor dos materiais e medicamentos por meio de análise da variação de valores de uma "cesta" dos 100 produtos e fármacos mais utilizados pela rede. A Federação Brasileira de Hospitais participava da comissão de análise constituída pelo Inamps para tais negociações. Era um processo dinâmico que evoluiu com muita regularidade, superando a grande maioria das dificuldades. Isso aconteceu até o ano de 1991, já no âmbito do SUS, quando os novos gestores do sistema começaram a introduzir modificações de critérios de correção e valores e de composição das tabelas de procedimentos. É interessante registrar que nessa época houve grandes conflitos internos no âmbito do Ministério da Saúde em razão das diferenças culturais e de entendimentos entre as correntes da atenção básica e as da área de assistência. A primeira advinda dos sanitaristas e a segunda dos originários do Inamps.

Os prestadores de serviços de saúde mantinham bom relacionamento com o Inamps por meio da Federação Brasileira de Hospitais que, à época, era a entidade mais presente, efetiva e representativa da rede privada junto ao governo federal. Havia técnicos de associações e da FBH que estudavam, analisavam, criticavam e apresentavam sugestões de melhorias, tanto ao gerenciamento do sistema quanto à definição de critérios de valores e à inserção de novos procedimentos nas tabelas, sempre observando a evolução das técnicas assistenciais e a

absorção de novos insumos e, principalmente, as necessidades terapêuticas. Quem acompanhava diretamente todos os entendimentos era o diretor executivo da FBH, Cori Loureiro Acioli, e seu vice-presidente, Dr. Mansur José Mansur. O maior conhecedor dos números e estatísticas do setor saúde era o presidente da Associação de Hospitais do Estado de Alagoas, Dr. Humberto Gomes de Mello.

Na estrutura do Inamps, havia a Secretaria de Assistência à Saúde, que cuidava de normatizações, regulação e operacionalização de toda a área assistencial, e outro setor que cuidava de pagamento mediante a distribuição de recursos. O controle de pagamento era descentralizado porque, desde a criação do INPS, os recursos eram alocados às agências do órgão localizado nas capitais e em diversas cidades do interior dos estados. Posteriormente, o pagamento passou a ser realizado pelas superintendências estaduais graças a processos informatizados tanto do Inamps, quanto da rede bancária. O pagamento era liberado regularmente a cada 30 dias. Os controles eram de boa qualidade e bem claros. Quanto aos recursos destinados à saúde, à época, eram em torno de 26% a 30 % das contribuições para a Previdência Social.

Em 1993, por uma decisão do ministro da Previdência Social, Antônio Brito, todos os repasses de recursos para a saúde foram abruptamente interrompidos, com a justificativa de ser necessário redirecionar todos os recursos para pagamento das obrigações previdenciárias e sociais do órgão.

Valorização de desempenho

Vale a pena assinalar que, após a implantação do novo modelo de remuneração adotado pelo Inamps, a partir de 1988, os valores médios pagos aos hospitais levavam em conta a qualificação do hospital. Foi

instituído um Índice de Valorização Hospitalar (IVH), que depois passou a ser designado como Índice de Valorização de Desempenho (IVD). Este índice permitia remunerar melhor o hospital mais qualificado, sem detrimento daqueles de menor porte ou complexidade.

Desde a época do INPS, foi implantado um sistema de avaliação, o Reclar, que consistia de diversas planilhas a serem preenchidas pelo hospital, com todos os dados de estrutura, número de leitos, especialidades médicas, corpo técnico, principalmente enfermagem, equipamentos e serviços diagnósticos etc. Esses dados permitiam a classificação de desempenho de hospitais em 1ª, 2ª, 3ª e 4ª categorias. Essa classificação levava a definir um valor da diária hospitalar para os mais bem classificados, e, aos demais, era aplicado um deflator de acordo com a categoria obtida.

A diferença do novo sistema é que todos os hospitais recebiam a mesma remuneração básica e, de acordo com a qualificação do hospital, ele recebia um *plus* pela qualidade. Esse *plus* era mais 5%, 10% ou 15%. Este pagamento suplementar incidia sobre serviços hospitalares e não somente sobre a diária como antigamente. Posteriormente, foi criado outro incentivo que chegava a 80% em cima da fatura para os hospitais de excelência e hospitais universitários.

Com a evolução do sistema e a implantação do SUS, a informatização resultou na preparação para colocar o código da Classificação Internacional de Doença (CID) nas AIHs tanto para efeito estatístico quanto para identificar o perfil de morbidade e mortalidade do município, do estado e do próprio hospital. Informar o CID é importante porque, pelo procedimento executado, não há como conhecer o diagnóstico. A classificação internacional de doenças existe desde o final do século XIX. A cada 10 ou 15 anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus órgãos credenciados atualizam essa classificação com novas informações. Hoje existem 10 versões do CID. Pelo

código é possível fazer um levantamento de quais são as doenças mais comuns atendidas no SUS. A melhor maneira de manter a privacidade do doente é informar o código CID nas contas hospitalares, nos atendimentos e no receituário médico. A responsabilidade de informar o CID é do médico.

Com o Inamps sendo incorporado pelo Ministério da Saúde em 1990, aqueles que assumiram a responsabilidade de gerir o sistema começaram a alterar as tabelas, os conceitos, a composição, a redefinição de nomes. O ministério, em uma das mudanças mais traumáticas da época, optou por juntar, em um único componente da tabela, os valores de diária, taxa e medicamento, no item serviços hospitalares (SH), sumindo com a subdivisão de diárias, taxas e Mat-Med. Como consequência, os reajustes passaram a ser lineares para toda a tabela. As recomposições de valores de forma linear para itens com comportamento de mercado totalmente diferentes geraram distorções de grande monta ao longo do tempo. Por exemplo, se o medicamento subia mais, o salário menos, e o reajuste era o mesmo, a proporcionalidade que havia na tabela foi desfeita. Depois de algum tempo, quando da transição do Cruzeiro para o Real, ao fazer uma comparação entre a tabela que existia e o que existe hoje, chegamos à conclusão de que o propósito de apagar a memória do sistema do Inamps teve êxito.

As únicas cópias da tabela anterior, ainda parcialmente destruídas, estariam no Datasus ou nos arquivos da FBH. À época, conseguiu-se apurar que os valores eram os mais díspares e inconsistentes quando comparados com a realidade anterior. Encontramos 43 valores de diárias e 32 valores de taxa de sala, não havendo como recuperar os percentuais de cada item. Acabou com a filosofia de um sistema detalhado, explicativo e informativo, jogando por terra todos os esforços, pesquisas, estudos estatísticos, definição de procedimentos e grupo de procedimentos. Todos os esforços levados a efeito na segunda

metade de década de 70 e nos primeiros anos de década de 80 foram para o lixo. A confusão e a desinformação só foram piorando. Os reajustes passaram a ser feitos mediante pressões de grupos de hospitais ou especialistas em alta complexidade.

Há momentos em que pensamos que tudo foi orquestrado para acabar com o médico autônomo, com a iniciativa privada lucrativa no SUS, para estatizar o que for possível ou subjugar as entidades filantrópicas ao capricho de ditos doutores da saúde.

Está dando certo, pois a inciativa privada abandonou o SUS, as entidades filantrópicas não faliram porque estatutariamente não podem e a estatização não progride porque não há recursos para tal.

Mais grave ainda é a constatação de que a rotatividade de ministros e a consequente alteração de toda a equipe ministerial leva a que, muitas vezes, não se tinha e não se tem com quem negociar. Desde a implantação do SUS, de 1990 até 2016, tivemos 20 ministros. Alguns deles, sem vivência e sem experiência, entregam a gestão das políticas de saúde e as negociações com o setor privado para serem geridas por sanitaristas.

Enquanto isso, as ações de promoção e prevenção começaram a se expandir, e a assistência ficou relegada a um segundo plano. Tanto o relacionamento com os hospitais privados, quanto a gestão do sistema AIH, que mudou de nome para SIA/SUS, foram se deteriorando e assim continuam até os dias de hoje. Prova disso é que o último reajuste de alguns procedimentos (300 em 4.000) foi em 2006, após muitas e demoradas negociações.

Como poderá haver continuidade de políticas de saúde ou a sustentabilidade do SUS?

5 CAPÍTULO
SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO DA SAÚDE

Sistemas de Remuneração da Saúde

Ao ler um dos ensaios do historiador britânico Tony Judt, encontrei frases que cabem perfeitamente nos propósitos deste livro. Assim, citamos alguns trechos da matéria publicada pela revista *Exame* na edição de 2 de março de 2016:

> Mais de uma vez me chamou a atenção uma perversa insistência em buscar não compreender o contexto dos nossos atuais dilemas; em não ouvir com atenção algumas cabeças mais ponderadas das décadas anteriores; em se esforçar ativamente para esquecer e não para lembrar; em negar a continuidade e proclamar o novo em todas as oportunidades possíveis.
>
> [Continuando:]
>
> Talvez isso tudo não seja tão surpreendente. O passado recente é o mais difícil de conhecer e compreender. Além disso, o mundo realmente passou por uma notável transformação desde 1989 e transformações como essas são sempre perturbadoras para os que se lembram de como as coisas eram.

Compreender que a saúde não tem preço, mas tem custos é o primeiro passo para perceber que a assistência à saúde é uma engrenagem complexa, envolvendo diversos procedimentos, regras, códigos e valor monetário. É importante compreender uma organização hospitalar ou de saúde como um conjunto de centros de custos que se articulam e se complementam, a partir da especificidade de determinado processo produtivo implícito à realização de seus produtos. Os centros de custo devem ser observados como setores que incorrem em despesas e desempenham funções passíveis de mensuração.

Nas atividades hospitalares, existem centros de custos gerais, como a administração, os recursos humanos, o setor financeiro, além de setores específicos, como farmácia, lavanderia, nutrição, alas de internação, almoxarifado, cozinha, documentação médica, transportes, limpeza, vigilância e manutenção geral da unidade. Manter essa unidade complexa envolve custos.

Por que os custos com saúde têm altas tão expressivas?

A explicação pode estar não só no aumento da expectativa de vida da população, mas também em questões gerenciais, financeiras e culturais, além da incorporação tecnológica em evolução permanente. Se nem todos os procedimentos são realizados nos hospitais, muitos outros procedimentos derivam de novas tecnologias que surgem a cada dia e demandam suporte externo. Vamos nos ater, neste capítulo, na evolução do sistema de remuneração, que teve início após a Lei Eloy Chaves. As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), pelo que consta, ainda não tinham tabela de valores de serviços e honorários porque, organizadas por empresas, cada uma tinha seu método de negociação com os prestadores de serviços de saúde, desde médicos aos hospitais. Todo empregado contribuía para a Caixa de Aposentadoria e Pensão da empresa e tinha direito à assistência médica para ele e para a família e as empresas celebravam convênios ou contratos com hospitais privados e médicos.

No tempo dos institutos

Com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) em 1930, houve uma mudança de organização. A administração também mudou. As CAPs eram formadas por um colegiado de empregados e empregadores, já os IAPs eram dirigidos por um representante do estado, assessorado por um colegiado, escolhido por sindicatos reconhecidos pelo governo.

Os recursos dos IAPs eram arrecadados por meio do desconto salarial compulsório, que era depositado num fundo comum para garantir o pagamento das aposentadorias e das pensões. Portanto, os IAPs eram financiados pela contribuição do trabalhador, das empresas e, teoricamente, também do Estado. Mas o sistema de assistência era semelhante ao das Caixas. O trabalhador era inscrito no respectivo instituto, para o qual contribuía. A contribuição que era de 3% sobre o salário passou para 5% e foi aumentando: 6%, 8% até chegar a 11%. Já as empresas pagavam o dobro do trabalhador.

Antes do INPS, que surgiu em 1966 com a fusão dos IAPs, já haviam sido estabelecidas as tabelas de procedimentos médicos, serviços hospitalares e exames diagnósticos, que geraram problemas para os administradores em função da diferença de preços de um instituto para o outro. O diretor do hospital tinha que negociar com cada um e celebrar contratos com os IAPs, que seguiam critérios próprios. Para um realinhamento de valores ou atualização da remuneração, era necessário discutir com cada um dos institutos em separado. Era um processo difícil e trabalhoso, tanto quanto as negociações que hoje acontecem com os planos de saúde. Estas remunerações prosseguiram quando o INPS foi incorporado ao Sistema Nacional de Assistência e Assistência Social (Sinpas), em 1982. A reorganização da assistência social no Sinpas deu origem a quatro órgãos: o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e a Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev).

É interessante notar que, desde muito tempo, o setor da saúde tem sido usado como pano de fundo para inúmeras atividades ou reivindicações. Em 1954, no governo do presidente Café Filho, a contribuição do trabalhador passou de 5% para 6%, mediante a justificativa de que se precisava de mais dinheiro para a saúde. No

final do governo Juscelino, em 1960, passou para 8%, com a mesma justificativa. No governo Figueiredo, em 1981, passou para 8,5%, até 11%, porque era necessário conseguir mais recursos para a saúde. Os recursos das contribuições eram arrecadados pela Previdência Social, que destinava em torno de 30% para a saúde.

Como pagar pelos serviços prestados aos institutos?

Ainda no tempo dos IAPs, surgiram as primeiras tabelas com descrição de procedimentos médicos, diárias e taxas hospitalares, apresentando o valor unitário de cada item, mas que indicavam valores diferentes de acordo com a decisão de cada instituto.

Para facilitar os processos de cobrança, foi estabelecido um código numérico com a respectiva descrição. Seguindo o conceito, para cada exame complementar – laboratorial ou radiológico –, havia uma codificação numérica, a descrição do exame e o valor correspondente. Por exemplo, a dosagem de glicose tinha um código. Em vez de se escrever o nome do exame, colocava-se o código e a quantidade de vezes que o exame foi realizado para o mesmo paciente durante determinado período de tempo. Não havia códigos específicos para outros profissionais porque, quando o sistema foi implantado, os outros profissionais da área de saúde eram entendidos como empregados de serviço, como enfermeira, farmacêutico, odontólogo etc. Visando descomplicar os sistemas de cobrança, conferências, revisões e pagamentos, o valor monetário passou a ser representado pela sigla US (unidade de serviço), antecedida por um fator multiplicador que variava de acordo com a complexidade de cada ato ou procedimento.

As *tabelas*, nome genericamente adotado por todos, eram uma forma de organizar e manter unificada uma nomenclatura dos atos e procedimentos, além de serem facilitadoras para a cobrança dos serviços

efetuados. As primeiras tabelas foram elaboradas em US, uma metodologia que permaneceu inalterada até 1980. Além das facilidades apontadas, o uso de US também era útil quando das negociações para atualização de valores, altamente importante e necessária neste nosso país de inflação alta e, muitas vezes, galopante. Assim, somente o valor da US era alterado. Não foram criados os códigos para diárias e taxas hospitalares, exceto para aquelas especiais, como diária de UTI e medicamentos. Estes eram cobrados de acordo com a utilização por cada um dos pacientes e, desde a década de 70, foi criada uma publicação oficiosa, chamada *Brasíndice*, publicada quinzenalmente com os preços de fábrica e preços ao consumidor. Essa publicação, além de contar com a colaboração da indústria farmacêutica e de equipamentos, era distribuída aos serviços de saúde mediante assinatura mensal.

Como informação técnica, seria importante registrar a estrutura das tabelas descritivas de atos e procedimentos médicos elaboradas pelos institutos. Os procedimentos e atos eram classificados de acordo com a patologia ou pelo ato médico como uma cirurgia e, para cada descrição, era definido um código numérico com sete dígitos, sendo os dois primeiros correspondentes ao órgão ou região do corpo humano. Os três seguintes definiam o segmento ou a parte do órgão em procedimentos cirúrgicos e, nos procedimentos em clínica médica, a faixa etária do paciente.

Os códigos com início até 30 eram para atos e procedimentos ambulatoriais, de 31 a 50 cirúrgicos, de 60 a 89 clínicos, acima de 90 próteses, órteses e procedimentos especiais, como diária de UTI. A nomenclatura das tabelas permaneceu com a criação do SUS até 2005, quando os dirigentes do SUS manifestaram a necessidade de exterminar de vez com tudo o que o Inamps criou ou preservou e optaram por construir uma tabela única, alterando a redação dos atos e procedimentos, criando oito grupos e inúmeros subgrupos tornando mais difícil sua compreensão e uso.

As tabelas e a informatização

Em uma primeira tentativa de informatização na área da saúde, o INPS desenvolveu e implantou um sistema informatizado de análise, processamento e pagamento das contas hospitalares que ocorreu em 1977. Tendo por base os valores médios de pagamento das internações, essa média foi arbitrada com o máximo a ser pago quando do processamento da conta hospitalar. Para os hospitais pequenos e menos complexos, foi muito útil e proveitoso porque esses hospitais geralmente não tinham estrutura ou condições de cuidar de doenças complexas, o que permitiu manter o equilíbrio com pagamentos uniformes, comportando-se de acordo com os parâmetros dentro do previsto.

Porém, para um hospital de grande porte, que realizava procedimentos complexos, como os de urgência, que demandam permanência maior ou várias intercorrências, o pagamento por gabaritos liberava apenas 50% a 60% do valor global. Recebia-se só o valor liberado e o restante entrava em processo manual de apresentação de recursos com justificativas dos gastos a mais, para serem analisados pelos revisores do INPS, o que, às vezes, demorava até cinco meses. Com isso, tais hospitais começaram a ficar com déficits acumulados de grande vulto. Ao observar isso, a própria Previdência começou a buscar outro sistema de remuneração.

Posteriormente, em 1980, com a criação da nova sistemática de pagamento para "pacotes", a US teve seu nome alterado para PONTO: a remuneração do médico era baseada em X pontos por serviços prestados. Essa nova sistemática de remuneração trouxe um problema. O valor do ponto não era fixo como no caso da US e passou a ser variável em função da permanência do paciente no hospital e das intercorrências, com participação de vários médicos. Já na área ambulatorial, os valores de remuneração eram fixos e expressos em moeda corrente. Assim, passou-se a ter duas formas de remuneração

ao profissional, sendo que, no hospital, o rendimento era variável e no ambulatório o valor era fixo.

Ao relembrar tempos passados, no INPS, quando do atendimento ao paciente internado para tratamento clínico, o médico recebia cerca de 14 US por dia, durante a primeira semana; se o paciente permanecesse internado, o número de US/dia diminuía. Essa remuneração decrescente, de maneira geral, estimulava o médico a ter mais atenção para uma recuperação mais rápida do doente. Quanto mais tempo ele ficasse internado no hospital, menos rendimento para o hospital e para o médico.

Nova sistemática

Um novo sistema de cobrança das internações, chamado Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (Samhps), começou a ser pensado e sua implantação teve início em1980, levando quase dois anos para atingir o Brasil todo. Durante esse período, houve um processo de educação, de informação, de qualificação e de aprendizado para o novo sistema. Apesar de os códigos dos procedimentos não terem sido alterados, a filosofia de remuneração era totalmente diversa. Houve estudos para que o sistema fosse o mais próximo possível do *Diagnostic Related Group* (DRG), já em uso em Portugal e na Espanha. Essa nova sistemática reuniu num mesmo grupo procedimentos de valores e permanência assemelhados, ainda que nem sempre de patologias ou atos médicos afins.

Este sistema, desenvolvido na transição do INPS para o Inamps, utilizou informações geradas pelo sistema GIH e visava agilizar cobranças e pagamentos para evitar erros. Para definição de valores, foi realizada uma série de históricos de pagamentos com base nos dados apurados do período selecionado. O interessante desse sistema é que se

criou o Índice de Valorização de Desempenho (IVD), posteriormente designado como Índice de Valorização Hospitalar (IVH), sendo aplicado de acordo com a qualificação, a estrutura, a complexidade e a especialização do corpo clínico e em áreas específicas. Foram definidos três percentuais de acréscimo de 5% a 15% sobre os valores dos serviços hospitalares.

Inverteu-se a lógica remuneratória criada nos tempos do INPS com a qualificação de hospitais de forma decrescente. Os hospitais eram classificados como de primeira, segunda, terceira e quarta categorias. Os de primeira categoria recebiam o valor máximo, da tabela, com diária cheia. Os de segunda categoria recebiam 90%. Já os de terceira categoria recebiam 80%. E os de quarta categoria recebiam 60% do valor maior. Esse processo de deflação de valores era um impeditivo para os pequenos e médios hospitais, porque a menor remuneração não permitia investir em melhorias. Como no Brasil tudo o que é ruim para o prestador de serviços de saúde copia-se, a ANS definiu, em 2015, uma escala decrescente de remuneração de hospitais de acordo com seus critérios de qualidade.

Quando se implantou esse sistema, em função do critério de calcular os valores médios da tabela da GIH, ao tomar os valores que foram pagos ao longo do tempo, se fez a média de cada procedimento. A tabela ficou defasada em razão da mixagem de valores de primeira, segunda, terceira e quarta categorias. Como o número de pequenos e médios hospitais representava cerca de 80% da rede e representa ainda, o cálculo da média foi prejudicial ao hospital de melhor qualificação.

Com a mudança de sistema, tornou-se muito mais fácil e menos oneroso o processo de faturamento. O cálculo era feito levando em conta quanto tempo de internação, quanto de material, quanto de medicamento, quanto era a valorização dos serviços profissionais,

quanto de exame, então tirou aquela média toda e constituiu um pacote, que se tornou um valor global do procedimento.

Os procedimentos tinham valor fixo global; e o prestador de serviço tinha ciência de com era composto o valor global do procedimento, seus componentes eram discriminados como diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos, honorários médicos e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, exames etc. Havia uma vantagem, o honorário médico era diferenciado e o médico podia receber do hospital ou do Inamps de acordo com sua situação, se empregado do hospital ou como autônomo diretamente na sua conta bancária.

O honorário médico sempre foi sagrado para o hospital e para o médico. Para o hospital, era péssimo receber o pagamento do médico, pois, se o hospital tivesse um aperto financeiro, o empréstimo mais barato que ele teria para se financiar era o honorário médico que estava à mão, sem pagar juros. O hospital não deixa de correr risco ao receber o honorário médico juntamente com seu próprio, porque, se o dinheiro do médico entra para a conta do hospital, o hospital paga ao médico e – como ele trabalha no hospital, segue as normas do hospital e recebe do hospital – estaria caracterizado um passivo trabalhista.

O valor da remuneração do hospital, que incluía diárias, taxas, materiais e medicamentos, variava de acordo com a inflação de cada um de seus componentes. Havia o incremento no custo das diárias, negociava-se com a Previdência Social, e aqueles valores eram corrigidos. Como dito anteriormente, com a definição na tabela em diária, a taxa e o valor dos honorários, tudo era negociável com maior ou menor dificuldade, mas sempre havia um canal aberto para tal fim.

Em 1981, com a criação do Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (Conasp), em função da necessidade de revisão das

formas de organização da assistência médica previdenciária diante do imperativo da contenção das despesas da Previdência Social com a assistência médica, foram definidas como prioridade: as ações primárias; a ênfase na assistência ambulatorial; a integração das instituições (federais, estaduais, municipais) com maior aproveitamento da rede pública de serviços básicos já existentes por meio de convênios trilaterais; e o controle e o pagamento das contas hospitalares, com a simplificação do mecanismo de pagamento a terceiros, entre outros.

À época, por orientação do Conasp, o Inamps decidiu que o médico poderia fazer consultas excedentes dos postos que atendiam os previdenciários. Se a demanda era maior do que a capacidade operacional, o médico poderia se credenciar junto ao Inamps para receber as consultas excedentes. Esse médico atendia em consultório próprio. Havia um limite de atendimento por médico e era uma remuneração que compensava.

As tabelas com o SUS

As tabelas de procedimentos com o Inamps continuaram iguais depois da criação do SUS. Era mais fácil porque as pessoas que geriam o Inamps e foram incorporadas ao Ministério da Saúde já tinham *expertise* da administração da assistência à saúde. Quando o Inamps começou a ser gradativamente absorvido pelo Ministério da Saúde, este conhecimento não foi complemente absorvido pela equipe de gestão do ministério, tanto por questões ideológicas quanto por formação. O foco maior era voltado à atenção primária. Os prestadores de serviços do SUS, desde hospitais a clínicas e laboratórios, começaram a enfrentar dificuldades para discutir problemas de logísticas, pagamentos e remuneração.

Essas dificuldades aumentaram quando se iniciou o processo de mutilação das tabelas de procedimento tanto em sua estrutura

quanto em valores e conceitos. Já em 1991, começaram a mutilar a tabela ao deixar de discriminar valores de cada componente do procedimento, englobando, em um único item com a sigla SH (serviços hospitalares), as diárias, as taxas e *Mat-Med*, adotando ainda a decisão de se conceder reajuste linear para os procedimentos. Com tal decisão de reajuste linear, destruiu-se a filosofia da tabela. Isso foi um trauma muito grande para todos. A Federação Brasileira de Hospitais tentou de todas as formas impedir que isso acontecesse, porém não logrou êxito. Outra complicação que enfrentamos foi a superposição de atividade e cargos cometidas ao presidente do Inamps, que também ocupava o cargo de Secretário da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

A partir desse ponto, com a recomposição de valores sendo feita linearmente, e cada componente do procedimento tendo um peso diferente, pelas próprias características e dificuldades, as entidades tiveram que desenvolver sistemas, processos e pesquisas junto aos filiados para conhecer onde havia maior defasagem de valores e tentar corrigi-los. Aqueles que estavam mais deteriorados recebiam propostas de adequação. Ao longo do tempo e dentro do possível e da disponibilidade de negociação dos dirigentes do Ministério da Saúde, foram sendo aprovados reajustes aqui e acolá. Esse processo de negociação foi mais fácil e feito até 1994, época da conversão da nossa moeda do Cruzeiro para o Real. No entanto, com a rotação de ministros e mudanças das equipes técnicas, tentar negociar qualquer recomposição de valores tornou-se uma atividade trabalhosa e geralmente infrutífera.

Como no setor privado da saúde nem tudo são flores, tínhamos esperanças por dias melhores, porque o Plano Real estava em processo de implementação, com o objetivo de debelar a inflação absurda do país, que já perdurava por décadas. O artifício criado foi conceber uma "moeda fictícia", a URV – Unidade Real de Valores, com valor

crescente, diário, tendo como último dia de validade 30 de junho de 1994. Assim, a conversão dos valores a serem pagos pelo SUS aos serviços privados e filantrópicos deveriam ter sido convertidos com a utilização da última URV, no valor de 2.750.

A implantação do Plano Real foi uma maravilha para todos, exceto para a saúde, que prestava serviços aos SUS. Dessa forma, os pagamentos do mês de junho deveriam ter sido efetivados com base na divisão dos valores em cruzeiros por 2.750 para conhecer quantos reais deveriam ser pagos. No entanto, por posição irredutível da Secretaria do Tesouro do Ministério da Fazenda, os recursos não correspondiam ao esperado e, ao Ministério da Saúde, não houve alternativa senão dividir o valor da dívida pelo recurso disponível, criando assim uma URV fictícia de 3.562. Criou-se um fator de conversão imaginário. Em consequência, o valor real de pagamento, além das defasagens existentes, perdeu ainda cerca de 10%. A grita foi geral, mas sem soluções. Em função disso, todos começaram a estudar como poderiam recuperar as perdas. Não houve alternativa na época senão a que a FBH adotou de ajuizar ação, em nome dos hospitais e serviços privados, reivindicando o pagamento do valor pago a menor.

Ao comentar os sistemas de remuneração do Inamps/SUS, mostrou-se várias vezes que ele foi evoluindo, quando seria mais correto dizer que foi "involuindo". À medida que o tempo foi passando, a cultura do Inamps foi eliminada ou propositadamente esquecida, no âmbito do Ministério da Saúde. Como os novos gestores da saúde no ministério não estavam afeitos aos meandros da assistência, houve um processo de desconstrução de conceitos, princípios e racionalidade.

O crescente "desfinanciamento" do SUS, as consequentes dificuldades de recursos, o não entendimento das necessidades reais do prestador de serviço e a criação de novos programas ambulatoriais sem o devido planejamento econômico prévio exauriram os recursos disponíveis,

deixando de manter a sustentabilidade da atenção secundária e/ou terciária, levando a rede de prestadores, real sustentáculo do SUS, a abandonar o SUS, sob pena de falência. Este é o principal motivo da redução das estruturas assistenciais privadas contratadas pelo SUS, o que se constata pelas dificuldades diuturnas em se conseguir internações, cirurgias eletivas ou leitos de UTI.

Muitos prestadores fecharam serviços e deixaram de atender ao SUS. Alguns passaram a trabalhar para os planos de saúde. Outro problema sério que se encontra no âmbito do SUS, nos dias de hoje – principalmente após a implantação e a expansão do Programa Mais Médicos –, é a absoluta falta de especialistas para atender aos referenciamentos. Estamos sem possibilidade de dar sustentação ao sistema simplesmente porque não há como contratar médicos e outros profissionais com os níveis de remuneração do SUS, qualquer que seja o nível de governo. Assim, só temos a dizer que o SUS que queremos não existe.

O SUS continua sendo uma utopia mesmo após 28 anos de sua criação pela Constituição Federal (CF).

6 CAPÍTULO
A CONSTITUIÇÃO DE 1988: UM NOVO PARADIGMA

A Constituição de 1988: um novo paradigma

Se, no campo da economia, os anos 80 ficaram conhecidos como "a década perdida", sob o ponto de vista político foi rico em mudanças. Abria-se uma nova fase histórica para o Brasil, com o fim do regime militar e o crescimento de novas organizações sociais. Foram anos difíceis na economia: as taxas de crescimento do PIB diminuíram, assim como o poder de compra dos salários e o nível dos empregos, numa desaceleração que representou uma queda vertiginosa nas médias históricas de crescimento dos 50 anos anteriores.

No entanto considera-se que a democracia foi o ganho político da década. Os historiadores apontam, por um lado, outro proveito que foi o surgimento e a consolidação de um espaço regional de coordenação de políticas, com maior aproximação dos governos latino-americanos. Por outro lado, as pressões sobre o governo militar foram tantas que, em 1985, iniciava-se a Nova República com a eleição de um presidente civil pelo voto indireto, marcando a retomada da democracia.

O fim do governo militar foi também o fim de um modelo de desenvolvimento baseado em investimento estatal e financiamento externo. Foi um tempo em que se buscava a nova orientação econômica que emergiria. Nesse panorama conturbado da economia, surgiram diversas tentativas de reformas monetárias, marcadas pela adoção de planos, como o Plano Verão, o Plano Bresser e o Plano Cruzado, com poucos resultados para manutenção da estabilidade.

No campo da política, a reorganização social levou à elaboração de uma nova Constituição, promulgada pelo Congresso Nacional, em 1988. Foram 20 meses de muita discussão em que 558 constituintes passaram a limpo os diversos aspectos da vida social, econômica e política do país. A Constituição de 1988 é a atual Carta Magna da

República Federativa do Brasil. Considerada a mais completa entre as constituições brasileiras, foi chamada de Constituição Cidadã pelo destaque dado aos vários aspectos que garantem o acesso à cidadania.

Antecedentes – a Oitava Conferência

Um dos capítulos mais importantes da nova Constituição e que trouxe grande impacto para a mudança completa de paradigma no campo da assistência foi o dedicado à saúde. As conversas e os debates para uma nova política de saúde no Brasil começaram ainda no governo do presidente João Figueiredo, que assumiu em 1979, prometendo fazer a abertura política. Aproveitando os bons ventos que sopravam, vários integrantes do movimento sanitarista propuseram e a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. A conferência teve como resultado colocar em discussão o direito à saúde como princípio.

Este direito começou a ser debatido em fóruns regionais e em conferências nacionais e terminou por ser consolidado na Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986. Participaram mais de quatro mil pessoas, entre as quais mil delegados, que se reuniram em mesas-redondas, debates e grupos de discussão. Estavam presentes representantes de instituições ligadas à saúde, de grupos profissionais e de partidos políticos. O documento final para aprovação em sessão plenária refletiu a discussão que ocorreu em 135 grupos de trabalho, sendo 38 de delegados e 97 de participantes. Os temas em discussão foram: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.

Apesar de grande consenso entre os debatedores, um tema gerou polêmica: foi a discussão relativa à separação entre Saúde e Previdência.

O entendimento majoritário foi o de que a Previdência Social deveria se encarregar de ações próprias de "seguro social", como pensões, aposentadorias e benefícios. A saúde deveria ser entregue, em nível federal, a um único órgão, com características novas. Estavam lançadas as sementes para a futura criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O ponto de conflito foi o do financiamento da saúde. Foi sugerido que a Previdência destinasse os recursos que eram gastos com o Inamps para o novo órgão, o que não ocorreu.

Saúde como direito

A Oitava Conferência defendeu um conceito amplo de saúde como o resultado de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, ou seja, um conceito amplo que incluiria outras políticas públicas. O direito à saúde significou, nos termos do relatório final da conferência, a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano.

O relatório final da conferência criticou o modelo de assistência à saúde praticado até então no país. Segundo o relatório, verificou-se *um acúmulo de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominavam interesses de empresários da área médico-hospitalar. Por conseguinte, o modelo de organização do setor público era anárquico, pouco eficiente e ineficaz, gerando descrédito junto à população*. Estavam demarcados os campos em luta e a tranquila relação, que durou mais de 40 anos, entre o Inamps (Previdência Social) e os hospitais privados, foi ferida de morte.

Muitas outras críticas foram feitas ao serviço privado de saúde, considerado *um modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor*. Por outro lado, o relatório final da Oitava Conferência enveredou por outras recomendações além do campo da saúde, como a suspensão do pagamento dos juros da dívida externa, a implantação da reforma agrária, a ampla reforma fiscal e tributária e os compromissos orçamentários com a saúde. Foi, como se pode ver, uma conferência que refletiu debates sociais e políticos nos quais estava mergulhada a sociedade brasileira e que afirmou, no último item do relatório, a necessidade de *mobilização da população numa campanha nacional em defesa do direito universal à saúde contra a mercantilização da Medicina*.

Além disso, a Oitava Conferência resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o Inamps e os governos estaduais, todavia o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" (artigo 196 até o artigo 200) da Constituição de 1988.

No documento da Oitava Conferência, uma afirmação geral foi colocada: *direito a liberdade e livre organização e expressão*. Muitos participantes acharam estranho: o que isso tem a ver com a saúde? Foi uma afirmação que refletiu um ponto de vista ideológico de uma sociedade que acabara de sair do regime militar. A utopia foi tão grande a ponto de garantir acesso universal a todos os serviços em todos os setores. Uma meta impossível de ser cumprida em um Brasil continental e com uma desigualdade muito grande. A vontade de mudar o sistema então vigente foi tão grande que houve sugestões no sentido de abandonar todos os recursos que vinham da Previdência Social. No entanto, na Constituição, um artigo colocado nas disposições transitórias mostrou a necessidade de regulamentar os recursos para a saúde.

De maneira geral, a Oitava Conferência trouxe um benefício para quem não tinha nada, mas ela extrapolou a competência ao prometer "mundos e fundos" para uma população carente, sem saber, nem prever, nem imaginar de onde sairia o recurso para custear tudo o que eles queriam. Foi aprovada a proposta utópica de construção do SUS e como foram os tecnocratas de gabinete que lideraram esse movimento, eles viam a saúde como um direito de todos e como dever do Estado. Esqueceram-se de que o Estado, para cumprir o tal dever, precisaria de recursos vultosos. Isso trouxe uma grande esperança para a população porque, até então, o segurado previdenciário era assistido pelo Inamps e aqueles que não tinham direito previdenciário, nem recursos financeiros, eram tratados pelas Santas Casas e por inúmeros hospitais beneficentes.

O debate na Constituinte

As propostas da Oitava Conferência foram levadas para a Assembleia Nacional Constituinte, onde houve um embate muito sério em relação ao que se estava colocando no campo da saúde, com a criação do sistema público brasileiro, porque a ideia era criar um sistema único de saúde independentemente de qualquer situação. O Inamps já tinha administração pública, administração governamental para determinada parcela da população. Os recursos que estavam nas mãos do governo para dar assistência à saúde eram do Inamps.

Na composição da seção "Da Saúde" na Constituição, houve discussões durante muito tempo, porque, com a redação inicial nos primeiros textos, o setor privado era desconsiderado. Já existiam planos de saúde e os seguros de saúde. Tais discussões arrastaram-se por quase dois anos no Congresso Nacional, com a participação de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde e de entidades

médicas com vista a garantir que o setor privado, tanto lucrativo quanto filantrópico, pudesse participar, de forma complementar, do novo sistema em elaboração, o SUS. Após inúmeras idas e vindas, reuniões sem fim e muita luta, boa parte das postulações apresentadas foram incluídas na Constituição. A intenção inicial era que tudo pertencesse ao governo. Até hoje se acredita que o setor filantrópico é uma extensão do setor estatal.

Foi também proposta da Oitava Conferência o financiamento por receitas sobre impostos gerais e atividades nocivas à saúde. Até que se constituísse orçamento próprio, a Previdência Social deveria encaminhar à saúde os recursos destinados ao Inamps. O objetivo seria garantir a criação do SUS, com a expansão e o fortalecimento do setor estatal nos três níveis de governo. O objetivo dessa proposta seria a progressiva estatização do setor e os prestadores de serviços privados passariam a ser controlados em seus procedimentos operacionais, e suas ações no campo da saúde seriam direcionadas. Seriam proibidos de auferir lucros *abusivos*. Seria garantido ainda o controle dos usuários por meio de suas organizações, além de uma efetiva subordinação à direção estatal. Para garantir a prestação de serviços à população, haveria a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados em caso de não cumprimento das normas estatais.

Relações público-privadas

No regime militar, foram criadas várias empresas que desenvolveram o Brasil, por exemplo, Embratel, Vale do Rio Doce, empresas de telefonia estaduais, entre outras. Logo depois da promulgação da Constituição em 1988, já no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, foi privatizada a metade dessas empresas por considerar que não é função do governo ter empresas de mineração ou aéreas. O governo deve dirigir seus esforços para tentar garantir saúde, segurança e escola, essas são obrigações fundamentais em qualquer governo.

As negociações sobre as relações público-privadas no campo da saúde também dominaram muitos debates no Congresso. Finalmente, a iniciativa privada foi aceita e incorporada ao texto constitucional como se pode ver pela leitura dos artigos 196 e 199, em que fica claro que as ações da saúde são livres, o que possibilitou que a iniciativa privada pudesse atuar, embora disciplinada por lei e regulamentos, independentemente do SUS. As modificações foram obtidas, principalmente, pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) que, na época, era presidida por um baiano, o médico Sílio Andrade, que participou intensamente dos debates e, toda semana, se fazia presente em Brasília, atuando diretamente no parlamento, com um grupo de diretores de hospitais, tendo por consultor o deputado Reinhold Stephanes. Quem colaborou efetivamente e presencialmente nessa época foi também o presidente da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaess), Francisco Ubiratan Dellape. Deve-se aqui dizer que a Fenaess congrega todos os sindicatos de hospitais e serviços de saúde do país e que, posteriormente, foi uma das entidades fundadoras da Confederação Nacional da Saúde (CNS).

Nas discussões na Constituição em torno da seção "Da Saúde", havia sempre a presença de um representante das entidades hospitalares até que a Carta Magna fosse aprovada em 1988. Uma omissão séria do texto constitucional foi não definir como a saúde seria financiada. O artigo 195 da Constituição define que a Seguridade Social como um todo seria financiada por governo, estados, municípios e cidadãos, um texto que, a nosso ver, é muito vago. Para a saúde, não teve nada específico, a não ser uma referência nas disposições transitórias de que à saúde seriam destinados 30% dos recursos da Seguridade Social. Como não houve regulamentação, a saúde ficou ao léu.

A experiência do SUDS

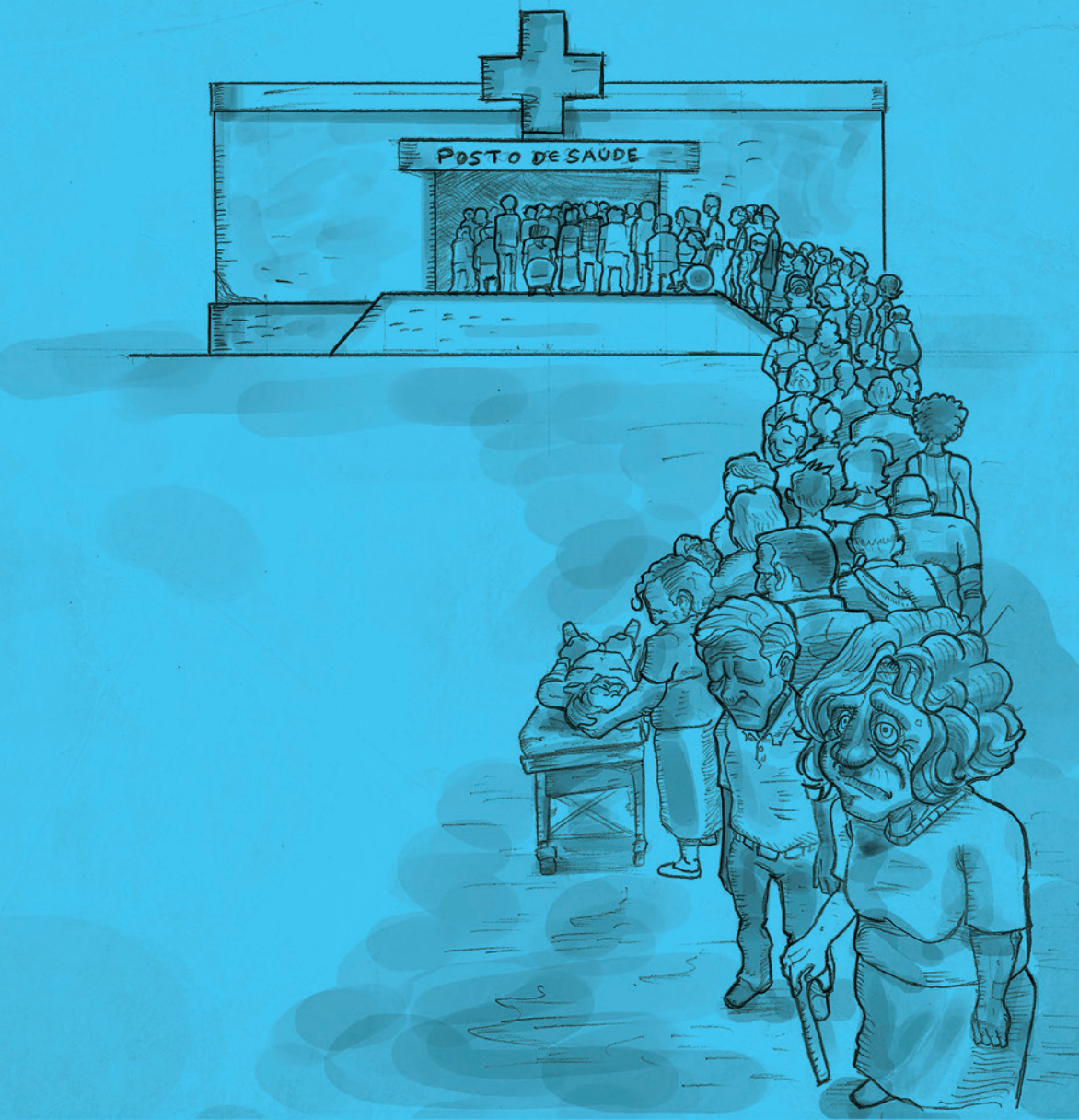
Como resultado dos debates ocorridos na Oitava Conferência Nacional de Saúde, antes mesmo da aprovação da Constituição, foram dados os primeiros passos para estabelecer um sistema de saúde universal. Precursor do SUS, o sistema criado foi o SUDS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que começou a ser implementado em 1987, após um acordo com o Ministério da Previdência para que este órgão repassasse os recursos para o SUDS, mediante convênio com os estados, transferindo recursos para as secretarias estaduais de saúde para auxiliar no custeio de suas unidades próprias que, por sua vez, celebravam convênios com os municípios para transferência de parte dos recursos. Esse processo, altamente burocratizado, sujeito a regras complexas fixadas pelo poder federal, não deixou de ser uma experiência válida porque forçou gestores estaduais e municipais a se organizarem e iniciar um processo de levantamento das necessidades de suas respectivas populações.

Em 1989 e no começo de 1990, ano de transição, ainda prevaleceu o SUDS. No final de 1990, o Ministério da Saúde iniciou o processo de absorção do Inamps, assumindo suas atribuições e a verba que vinha da Previdência. Começa uma transição de mudança de gestão. O Inamps foi gradativamente incorporado pelo Ministério da Saúde, sendo extinto em 1993. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do Inamps pelo Ministério da Saúde; e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que deu forma e estrutura ao SUS. Em poucos meses, foi aprovada e lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características, o controle social. A lei, em seu artigo primeiro, define:

> O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do

governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, para o controle social.

7 CAPÍTULO
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos. A partir da concepção de direito à saúde como um direito de todos e um dever do Estado, como afirma o artigo 196 da Carta Magna, o SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n° 8.080/1990) e Lei 8.142/1990, que criou o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em substituição àquele composto inicialmente por estudiosos e notáveis da saúde. A lei definiu que o Conselho seria representado por usuários, trabalhadores, prestadores de serviço e pelo Estado.

O Conselho Nacional de Saúde foi o primeiro grande Conselho constituído com 50% de usuários. São considerados usuários os que pertencem à sociedade civil organizada, geralmente pessoas esclarecidas, inclusive as entidades científicas. Havia representantes no Conselho que pensavam e discutiam a saúde a fundo, além de questões de planejamento, de regulação, de financiamento. O Conselho passou a ter como finalidade opinar e, até mesmo, aprovar políticas de saúde. Isso foi se descaracterizando ao longo do tempo.

Com o advento do SUS, toda a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Fazem parte do SUS os centros e postos de saúde, os hospitais públicos, incluindo os universitários, os laboratórios e hemocentros (bancos de sangue), os serviços de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Instituto Vital Brazil e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), responsável pelo saneamento básico.

Um dos princípios que orientam a ação do SUS é a universalização, que garante a toda a população o direito à saúde. Outro princípio é a equidade, cujo objetivo é diminuir a desigualdade. Isto significa que é preciso oferecer mais serviços onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social. O terceiro princípio é o da integralidade, que significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

Para organizar o SUS, duas diretrizes deveriam ter sido consideradas: a regionalização e a hierarquização. Essas diretrizes significam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes ou ascendentes de complexidade, planejados a partir de critérios epidemiológicos e de morbidade, circunscritos a determinada área geográfica. Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Quanto mais perto do cidadão estiver a decisão, maior a chance de acerto. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer essa função.

A desmobilização do Inamps

Os primeiros passos para a implantação do SUS foram no sentido de incorporar o Inamps ao Ministério da Saúde, já em 1990. Em 1991, coexistiam no âmbito do ministério, as duas estruturas, Presidência do Inamps e Secretaria de Assistência à Saúde, sob a mesma chefia. Naquele período, foram procedidas alterações na sistemática assistencial,

com mudanças na composição dos procedimentos e inclusão dos hospitais estaduais e municipais na categoria de prestadores de serviços, os quais passaram a ser remunerados pelos serviços, tal qual os hospitais privados, e não por repasses de valores pré-fixados.

Com o término da incorporação do Inamps, em 1993, o Ministério da Saúde começou a desenvolver estudos para a efetiva implantação do SUS, tendo para isso editado portarias e a primeira Norma Operacional Básica, a NOB nº 01/1993, com vista a dar início ao processo de descentralização da gestão de ações e serviços de saúde, objetivando promover a municipalização. A descentralização deveria ser da União para os estados e os municípios. Nessa época, houve intenção de levar condições de atendimento ao município para que ele pudesse assumir efetivamente as ações de saúde, uma vez que o entendimento é que no município mora o paciente, onde a atenção deve acontecer e a demanda por recursos, necessariamente, é menor. São exatamente esses entes da Federação que mais precisam de apoio e que, apesar de não exercerem as atividades mais complexas, lá nascem os atendimentos.

A descentralização

A descentralização foi pensada com participação da União, dos estados e dos municípios, porém os estados ficaram de lado no processo. As Secretarias Estaduais de Saúde, à época, já possuíam estruturas básicas de atenção, inclusive uma incipiente estrutura descentralizada, com suas delegacias regionais. Portanto, a descentralização já era um processo iniciado e não surgiu com o advento do SUS. Começou com o Inamps, que já apresentava estruturas descentralizadas, atuando por meio de suas agências regionais.

À medida que se descentraliza, também se hierarquiza, atribuindo as ações de menor complexidade ao município e, consequentemente,

implantando ou remetendo os atendimentos para níveis crescentes de complexidade. Para isso, era preciso que se estruturasse o sistema descentralizado e regionalizado e formalmente pactuado entre as três esferas de governo. Descentralizado o sistema, chega-se aos municípios e são criadas as regiões para que os municípios tenham onde referenciar seus casos mais complexos e dar assistência mais próxima das casas dos pacientes. Essa é a ideia básica da construção do SUS que surgiu e foi condensada na Oitava Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, incorporada à Constituição. Quanto mais complexo o atendimento, mais alto ele fica na hierarquia do sistema.

Se o usuário precisa fazer uma cirurgia mais complexa, ele vai para o polo regional para um atendimento em instituição que seja catalogada como de referência. Essa é uma forma de hierarquizar o sistema. Os termos que se usam são referência e contrarreferência. O médico referencia o doente encaminhando-o para uma unidade de saúde mais complexa, que pode ser o hospital por meio do sistema de regulação. Uma coisa que inexiste até hoje é a contrarreferência: se um doente é enviado para outra unidade, esta unidade deveria enviar de volta o paciente com a resposta dos procedimentos e, se for o caso, indicar como deve ser feito o seguimento do paciente na origem.

O sistema de descentralização começou com a NOB nº 93. Posteriormente, os estudos continuaram e, em 1996, foi emitida a NOB nº 96, que propunha uma definição de atribuições ao mesmo tempo em que aperfeiçoava a gestão do SUS, apontando para uma reordenação do modelo de atenção à saúde. Na medida em que redefinia atribuições, como finalidade primordial, a Norma nº 96 visava promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a consequente redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação

dos princípios do SUS. Além disso, enquanto aperfeiçoava a gestão do SUS, essa NOB apontou para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefiniu:

a. os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;

b. os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;

c. os mecanismos e fluxos de financiamento, ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;

d. a prática de acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados epidemiológicos e desempenho com qualidade;

e. os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para efetiva participação e controle social; e

f. a totalidade de ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município.

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum que estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atendam usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais. O papel primordial da gestão estadual é promover as condições e

incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus munícipes, sempre na perspectiva da atenção integral à saúde em caráter transitório daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

No que diz respeito ao gestor federal, são identificados quatro papéis básicos, quais sejam: 1) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional; 2) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vista ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual; 3) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e 4) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Da mesma forma que no âmbito estadual, o exercício dos papéis do gestor federal requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que consolidam os sistemas estaduais e propiciam, ao SUS, maior eficiência com qualidade.

A Comissão Tripartite

Com o tempo, foram criadas as estruturas de representação, como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A NOB nº 01/1993, ao dispor sobre o "gerenciamento do processo de descentralização", estabeleceu que as relações entre as três esferas de governo ocorreria por meio de "instâncias de articulação, negociação e decisão, nas quais os três gestores (Ministério da Saúde, secretarias municipais e estaduais de saúde) pactuarão as políticas de saúde". Assim, essa norma organizou o funcionamento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e instituiu as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual.

A CIB reúne-se para discutir os problemas da saúde em nível nacional. Quando o Ministério da Saúde lança uma portaria, a forma de implantação é discutida e, muitas vezes, aperfeiçoada. A Comissão Tripartite não define políticas, define como aplicar as políticas. Essa comissão gerou até certo ciúme do CNS porque alguns entenderam que a comissão passaria a exercer funções de definição de política de saúde em substituição às atribuições do Conselho.

O setor privado ainda mantinha a participação nas negociações e estava presente em reuniões para mostrar as dificuldades. Com tantas mudanças, a década de 90 foi uma época de penúria, até o Plano Real, principalmente porque havia pouco dinheiro. A situação permaneceu sem estruturação até 1993. A primeira pessoa que merece crédito, apesar de não haver incluído os estados, foi o médico Gilson Carvalho, então secretário de Assistência à Saúde do ministério, por ter tomado uma providência para efetivamente descentralizar a assistência à saúde, dentro da filosofia do SUS. Ele elaborou e editou a NOB nº 93, preconizando uma descentralização muito radical da União para o município. Havia, porém, a necessidade de incluir os estados, o que só ocorreu com a NOB nº 96.

A regionalização

O objetivo fundamental da regionalização é garantir aos usuários serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível. O sistema regional de saúde reorganiza assim os serviços, a partir de um sistema cooperativo, incluindo um conjunto de municípios. Para os estudiosos da saúde, a regionalização reduz os custos sociais altíssimos, impostos por grandes deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas regiões. Foi assim que nasceu a ideia de criar as regiões de saúde. Já existia a regionalização da Secretaria de Saúde, que evoluiu pouco porque, muitas vezes, o município não

queria abrir mão da autonomia de fazer determinado procedimento, de encaminhar para o outro município.

Na regionalização, você tem de estabelecer uma relação entre os municípios para cada um se dedicar a uma tarefa diferencial que sirva como referência. Essa é a primeira ideia da regionalização de aproveitar as regiões para aprimorar as estruturas porque cada um tem capacidade para isso. A Lei nº 11.107/2005 instituiu os consórcios intermunicipais, que definem que vários municípios se reúnam, dividindo o custeio e o tratamento dos pacientes da área do consórcio. A ideia da regionalização é procurar atender a todas as necessidades primordiais da população, inclusive algumas mais complexas. A Lei do Consórcio foi necessária para regulamentar os critérios de repasse de recursos entre municípios.

Uma experiência interessante de regionalização foi realizada em Minas Gerais, quando o secretário estadual de Saúde era também diretor da faculdade de Ciências Médicas. Os estudantes faziam estágios no interior para aprender a ser um médico generalista, tão carente nos dias de hoje. Um grupo de cidades decidiu colocar em prática a experiência e organizar um consórcio de assistência à saúde. Esse consórcio estabelecia um contrato entre os municípios, cada um deles aportando recursos predefinidos em pesquisas de morbidades, estruturas físicas e operacionais para um "Fundo" intermunicipal e gerido por um deles mediante acordo.

Cada cidade oferecia determinado atendimento especializado ou em condições para fazê-lo. Eram distribuídas entre elas cirurgias ginecológicas, oftalmológicas, ortopédicas e assim por diante. Definida a questão do referenciamento dos pacientes e as competências, o sistema continua em operação até hoje. Essa experiência, posteriormente, foi extrapolada para outras regiões do estado, tornando-se a forma de se tentar resolver o problema de saúde do paciente

o mais próximo possível do seu local de moradia. Esses consórcios de caráter não previsto em leis apresentaram alguns problemas de execução orçamentária que foram sanados com a aprovação da Lei nº 11.107, de 2005.

A regionalização é exatamente isto, a constituição de determinada região do estado, consideradas as questões de mobilidade e as questões estruturais existentes e definidas, de forma equilibrada, as referências e contrarreferências. Hoje, já existem várias regiões integradas, tanto em consórcios como em regime de regionalização preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme o Decreto Presidencial n° 7.508, de junho de 2012, que dispõe em seu primeiro artigo:

> Região de Saúde – espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A realidade do SUS hoje

O SUS começou muito abrangente, mas com quase nenhum recurso. Houve um processo ideológico de ideias mirabolantes. Em 1990, o SUS começou a ser implantado. Em 26 anos, tivemos 20 ministros da saúde. Nós não temos uma continuidade de gestão, uma uniformidade de projetos. Cada ministro que entra com sua equipe tem assessores que querem desenvolver determinados projetos ou programas. Não há uma continuidade de propósito. Alguns programas conseguem sobreviver, como, por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Os serviços prestados pelo setor privado não vêm sendo reajustados, congelou-se o valor de quem trabalha para o SUS para poder custear

serviços adicionais que foram criados. É a única explicação que se tem. Há 10 anos, a tabela de serviço hospitalar não é reajustada, há 22 anos os exames de laboratório não são reajustados, desde o Plano Real. Tivemos vários ministros com propostas diferentes, então não há uma uniformidade. Essa falta de continuidade traz grandes problemas. O dinheiro que vai para o Programa Mais Médicos vai para os municípios, mas colocou-se muita responsabilidade em cima do município, sem saber se havia condições. Na Comissão Intergestora Tripartite, CTI, às vezes, há imposições que acabam atropelando o processo – isso é um freio às decisões do governo federal, pois tem de existir um consenso entre o governo e a CIT (comissão de negociação). Quando esse consenso não é obtido, a decisão vai para o Ministério da Saúde, cuja vontade prevalece.

Custa mais caro manter o médico no município do que na capital. Um dos motivos de nós não termos uma assistência mais descentralizada – uma das metas que as entidades de saúde perseguem há muito tempo – é a questão da carreira do médico. Não há uma progressão de carreira como existe com juízes e promotores. O médico que começa na cidade do interior nem sempre vai galgando posições, assumindo chefias e, muitas vezes, fica sempre no interior e se aposenta com um salário básico.

A primeira profissão de saúde que procurou traçar um plano de carreira foi a dos médicos, porém enfrentaram queixas de outros profissionais de saúde que pleiteiam o mesmo. O ideal seria que todos pudessem ter uma carreira com progressão funcional e salarial para valorização e estímulo da boa prática profissional.

A relação com o setor privado

Enquanto o SUS foi se desenvolvendo, o relacionamento do setor privado com o Ministério da Saúde foi se deteriorando. Havia

uma relação de negociação e respeito mútuo, mesmo nos primórdios da implantação do SUS. Até 2005, ainda havia um relacionamento em que o setor privado conseguia apresentar opiniões, ser ouvido. Alguns consideram o setor privado lucrativo como um mal necessário. Com as dificuldades crescentes, muitos hospitais privados foram obrigados a sair do SUS sob pena de fechar as portas. Alguns serviços ainda permanecem com o SUS com grande dificuldades.

Um fato que colaborou para o crescimento dos planos de saúde foi a proibição, em 1991, da complementação do setor privado ao SUS. Uma prática que havia no tempo do Inamps, quando o paciente podia complementar o tratamento colocando dinheiro do próprio bolso. Mas no SUS foi proibido pagar a complementação. Aquele que queria algum conforto para a família foi para o plano de saúde. Foram, portanto, dois problemas que levaram à degeneração nas relações do setor privado com o SUS: a má remuneração do SUS aos serviços prestados pela rede privada de hospitais e a proibição do brasileiro, de classe média, poder usufruir de uma acomodação hospitalar diferenciada.

Uma exceção é a remuneração dos hospitais que se dedicam à realização de transplantes de órgãos. Para o SUS, é preciso pagar de forma diferenciada os hospitais privados que trabalham com alguns procedimentos de alta complexidade e de alto custo que são os transplantes. Este pagamento envolve também o prestígio que o Brasil tem como país onde se realizam, com sucesso, transplantes de rim, fígado, coração, córneas, entre outros. São cirurgias que são muito bem remuneradas, uma vez que projeta o Brasil como referência, não é só porque se pretende remunerar bem o hospital. Eu participei como médico imunologista do primeiro transplante de rim em Minas, em 1968, e sei como isso é problemático. O investimento é alto. Então o hospital faz essa opção porque vai receber uma remuneração que vai compensar os custos operacionais.

Já os hospitais sem fins lucrativos que quiserem ter a categoria de filantrópico precisam atender, no mínimo, a 60% de pacientes do SUS. Deve-se cumprir uma série de outras exigências. Ser hospital beneficente é uma condição especial que hospitais sem fim lucrativo almejam alcançar. A Lei nº 12.101/2009 regula essa condição. O filantrópico, pela Constituição, é imune à tributação enquanto os sem fins lucrativos não podem usufruir desses benefícios. O SUS sem o setor privado, principalmente o setor filantrópico, acabaria. Aproximadamente 55% de tudo que o SUS faz estão nas mãos do setor privado. Do mesmo modo, 94% das hemodiálises no Brasil são feitas pelo setor privado, o que inclui o setor filantrópico. Os transplantes são quase todos feitos pelo setor privado.

Apesar de o SUS contar com a iniciativa privada para as operações de alta complexidade, a relação com o Ministério da Saúde é conflituosa há mais de 10 anos. Existe, na ideologia dos servidores do ministério, a noção de que o Estado é o grande provedor e o grande prestador. O Estado pode ser o provedor, mas nunca vai ser um bom prestador porque as dificuldades que existem no setor público são imensas. O maior problema no setor público é a estabilidade do emprego, esta garantia respalda o servidor, fazendo ele um trabalho bem feito ou não. A quantidade de pessoas que você precisa no setor público é muito maior do que você precisa no setor privado. O salário do setor público é maior; os custos de compra e de gasto são maiores; as dificuldades de manutenção, conservação são maiores no setor público. Nós temos que pensar que o governo não gera riqueza e arrecada de quem gera.

Descontinuidade de gestão

A descontinuidade de gestão, em âmbito federal, foi o que prejudicou muito a consolidação do SUS. O sistema começou a ser pensado no

início de 1990 para 1991 com o ministro Alcenir Guerra. Ele tinha uma filosofia de cuidar bem da assistência, que era a cultura dele, e dar outra feição ao atendimento ambulatorial, que era a ideia dos agentes de saúde. Em 1992, ele saiu e entrou o ministro Adib Jatene com outra filosofia, ele visou muito a área assistencial, mas ficou só um ano. Saiu o Jatene e entrou o ministro Henrique Santillo que pegou a fase em que o Ministério da Previdência deixou de repassar dinheiro para o Ministério da Saúde e não teve condições de fazer nada, a única coisa que se fez foi a NOB nº 93 do médico Gilson Carvalho. Mudou o governo e voltou o Jatene, no começo do Plano Real.

Com o Plano Real, a economia estava estabilizada, mas a saúde não tinha dinheiro, então Jatene trabalhou muito na criação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF). Em 1997, a CPMF começa a vir para a saúde e o governo começa a contribuir menos. Saiu o Jatene e veio o Carlos Albuquerque, que ficou só um ano. Entrou José Serra, que se assessorou de vários sanitaristas e concentrou a atenção só na atenção primária e foi cuidando dos genéricos, não evoluiu nada na área assistencial e sufocou muito o setor privado, porque o Ministério da Saúde parou de reajustar o valor da tabela de remuneração do setor hospitalar. Ele trouxe algum benefício para o setor filantrópico, mas o hospital privado lucrativo permaneceu deficitário. O Serra tomou três providências que marcaram época na área da saúde: primeira, conseguir aprovação da lei dos genéricos, que tramitava no Congresso há vários anos; segunda, trabalhou fortemente pela aprovação da lei dos planos de saúde e, em seguida, pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); terceira, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Saiu o Serra e entrou o governo do Partido dos Trabalhadores (PT), com uma filosofia estatizante que continuou sufocando o setor privado.

Houve algum diálogo com o ministro Humberto Costa especialmente na área assistencial, mas permanecia a mesma dificuldade de

reconhecer a importância do setor privado lucrativo, mesmo assim nós conseguimos algumas negociações, tanto que, em 2006, houve reajuste para alguns procedimentos. De lá para cá, já se passaram 10 anos e não houve mais negociações. O ministro José Temporão melhorou muito o setor de oncologia porque ele era do Instituto Nacional do Câncer (Inca) e era importante para o Inca manter essa diferenciação inclusive por causa dos médicos que trabalhavam lá.

O atendimento ambulatorial e a internação continuam, porém cada ministro que entra se dedica a alguma coisa. O Jatene dedicou-se a melhorar a cardiologia e a CPMF. O Serra concentrou-se na área de atendimento ambulatorial, porque o secretário de saúde dele era sanitarista e pensava dessa forma, e nos genéricos. Na área hospitalar, o pensamento do Serra era exclusivamente de beneficiar as Santas Casas, nunca olhou para o setor privado.

Se o ministro novo quiser fazer alguma coisa diferente, ele vai ter que pactuar com a Comissão Tripartite. Se ele levar alguma ideia estapafúrdia, acaba não passando, pode passar se ele tiver força política. É necessário ter conhecimento do setor. Para o SUS funcionar bem, é preciso ter um controle muito eficiente para saber o que está acontecendo na conta. Por exemplo, toda assistência ambulatorial está na mão do setor público. Quando muda de governo, as pessoas que estavam naquele controle acabam mudando de posição e, muitas vezes, esse controle acaba furando. A máquina do Ministério da Saúde é muito complicada.

O SUS só vai funcionar quando for política de Estado e não de governo. O sistema de saúde da Inglaterra é um sistema de Estado, entra governo, sai governo e continua com a mesma filosofia.

8 CAPÍTULO
O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O financiamento da saúde

Os sistemas de proteção social estão, em alguns países, vinculados ao conceito de estado de bem-estar (*welfare state*), cuja característica central é a cobertura universal de serviços sociais básicos, como educação fundamental, Previdência, Assistência Social e saúde. Tal concepção leva a uma gradual universalização da política social. Alguns autores distinguem três modelos: total, residual e compromissário. No primeiro, o Estado provê, praticamente, todas as necessidades essenciais no campo social, uma proteção que vai do berço ao túmulo. No modelo residual, a participação estatal é marginal, geralmente focada nos mais pobres, como acontece nos Estados Unidos. O terceiro, o compromissário, desenvolvido principalmente no sul da Europa, tem essa denominação por derivar de um compromisso entre Estado e mercado, mas com participação predominantemente pública, em que o setor privado opera para o setor público por meio de contratos. Esse modelo tem tido amplo emprego na área da saúde.

A partir desses modelos, foram desenvolvidos os dois principais esquemas de financiamento de sistemas de saúde: o primeiro é o modelo contributivo ou de Seguridade Social, também chamado modelo de cotas, o qual é financiado por contribuições compulsórias patronais e de trabalhadores. Este modelo foi adotado na legislação alemã em 1883 e chegou ao Brasil 40 anos depois. O outro modelo é o anglo-saxão, financiado por impostos gerais e que teve origem na Inglaterra em 1948. Foi adotado posteriormente em vários países, como Itália, Grécia, Portugal, Espanha, Dinamarca, Noruega, Finlândia e Suécia.

Na América Latina e no Caribe, a opção predominante foi pela combinação eclética dos dois modelos. No modelo segmentado e desigual gerado por essa escolha, conviviam dois subsistemas:

um contributivo, também chamado de Seguridade Social, ao qual se vinculava a população inserida no mercado de trabalho formal, e outro, para o resto da população, operado pelos respectivos Ministérios da Saúde, mas oferecendo uma cobertura qualitativamente inferior à proporcionada pela Seguridade Social. Alguns países, entre os quais Trinidad Tobago, Suriname, Jamaica, Haiti, Guiana, Belize, Barbados, Bahamas e Brasil (depois de 1988), optaram pelo modelo anglo-saxão.

Financiamento antes do SUS

A assistência médica curativa no Brasil – desde o início do século XX, passando pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – foi caracterizada, em maior ou menor grau, por uma compra de serviços privados. Isto ocorria ora pelo pagamento direto do usuário ao médico, ora pelo pagamento indireto (empresas) por meio de serviços próprios, conveniados ou comprados no mercado.

A primeira contribuição regular para a Previdência foi implantada pela Lei Eloy Chaves, em 1923. Pela lei, o trabalhador contribuía com 3% do salário, enquanto o empregador contribuía com um percentual sobre sua receita bruta anual. Esses recursos eram geridos pelas próprias Caixas e, posteriormente, pelos IAPs até a criação do INPS, em 1966. Do total das contribuições, em torno de 30% eram destinados à assistência à saúde. Os institutos e depois o INPS contratavam serviços junto à rede privada e os trabalhadores e suas famílias eram beneficiados. Os carentes usavam de graça a rede de Santas Casas de Misericórdia e de outros hospitais beneficentes que recebiam recursos de doações de seus fundadores ou da comunidade.

O governo, por meio de seus órgãos, departamento de saúde, ou Ministério da Saúde, dedicou-se especialmente à atenção primária. A atenção secundária e a hospitalar passaram a ser financiadas pelo dinheiro do trabalhador e do empresário, especificamente para seu seguimento. Para facilitar esse atendimento, não era conveniente, propósito ou meta, o governo construir hospitais para aqueles usuários, já que, sabidamente, teria de investir muitos recursos na construção e gastar muito mais para manter tal estrutura. Era melhor, mais fácil e menos oneroso contratar hospitais privados e comprar os serviços nesses hospitais. Posteriormente, ao fazer uma comparação entre os custos do hospital privado e os custos do hospital público, chegou-se à conclusão de que o hospital público apresenta um custo cinco ou seis vezes maior do que o hospital privado.

O financiamento da saúde vinha da contribuição específica do trabalhador e do empresário. Este mesmo financiamento foi usado para atender aos institutos. O recurso era também o mesmo quando os institutos fundiram-se no INPS, em 1966. Da arrecadação do INPS, uma parte era destinada à saúde e, posteriormente, repassada para o Inamps para custear a saúde do trabalhador. Apesar de esse financiamento não ser de grande monta, era suficiente para remunerar adequadamente médicos e hospitais e para atender toda a massa trabalhadora.

Um fato interessante na história das contribuições previdenciárias é que, quanto maior era a necessidade de recursos para a saúde, maior o percentual da contribuição. Essa contribuição começou com 3% sobre os salários no tempo das Caixas de Aposentadoria e Pensões, passou para 5% na época dos institutos, durante o governo de Getúlio Vargas. Com Café Filho, em 1954, a contribuição subiu para 6%. No final do governo de Juscelino Kubitschek, em 1960, aumentou para 8%. O patrão contribuía sempre com o dobro do que o empregado recolhia. No governo Figueiredo, novos aumentos: as porcentagens subiram para

8,5%, 9% até 11% com a justificativa de que se precisava de mais recursos para a saúde. Esse financiamento, por meio da Previdência Social, continuou até depois da criação do SUS. O patrão contribuía sempre com o dobro do que o empregado recolhia até que se fixasse que a contribuição patronal seria de 20% sobre a folha de pagamento.

O direito à saúde

Entre os anos de 1920 e 1980, o Brasil conviveu com dois tipos de atenção à saúde, a saúde pública e a Medicina previdenciária, sendo esta última restrita àqueles pertencentes às categorias de trabalho reconhecidas por lei e para as quais se criou um seguro social. Esta vinculação Medicina/trabalho formal fez parte de um processo de ampliação dos direitos sociais que promovia uma vinculação entre a obtenção dos direitos e a carteira assinada, num sistema chamado de "cidadania regulada", que preconizava: somente são "cidadãos" aqueles cujas profissões são reconhecidas por lei, e para os quais foram criadas formas de proteção social, dando início à estrutura previdenciária, da qual fazia parte a assistência à saúde.

O sistema de proteção social no Brasil e as políticas sociais que acompanharam quase todas as décadas do século XX estavam ancorados na questão da "cidadania regulada". Houve ampliação dos direitos nesse período, mas, conforme dito, somente eram considerados "cidadãos" os indivíduos pertencentes ao mercado de trabalho formal, para as profissões reconhecidas em lei. Por um lado, como o grande desenvolvimento da Medicina assistencial-hospitalar aconteceu dentro do sistema de proteção social formado pela Previdência, só era oferecida a atenção à saúde àqueles beneficiários e não a toda a população. Os recursos que financiavam a Medicina previdenciária tinham como foco atender à demanda daqueles grupos protegidos pelo sistema.

Por outro lado, fora desse sistema de proteção da Previdência, havia as ações de saúde pública, de vigilância epidemiológica, de promoção do saneamento do país, que não estavam incluídas entre as responsabilidades da Previdência. Havia órgãos responsáveis pela execução de programas nessas áreas tanto no nível federal, quanto no nível dos estados e dos municípios. Mesmo havendo por lei uma característica de federalismo no país, cabendo aos estados e municípios os serviços de saúde, estava presente uma tentativa política do Estado de centralizar o poder, tanto para as políticas sociais quanto para outras áreas.

A maior presença do Estado na saúde pública foi acontecer principalmente após a criação do Ministério da Saúde, em 1953, responsável pela organização de serviços e de criação de departamentos específicos para cada finalidade. O Ministério da Saúde ficou responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, de alimentação e de nutrição, assim como pelas ações de atenção de interesse coletivo. Ele era financiado com recursos do Tesouro. Em termos orçamentários, o Ministério da Saúde não recebia uma grande fatia de recursos para implementar seus programas. Os percentuais eram pequenos: nas décadas de 1960 e 1970, a porcentagem de recursos para a saúde no Orçamento da União ficava em torno de 2,21%, caindo até para 0,9%, em 1974.

Com a criação do INPS, consolidou-se a tendência de contratação dos serviços hospitalares privados, que já era visível nos anos anteriores, possibilitando ainda mais a expansão da oferta de serviços e garantindo o mercado dos produtores privados dos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que houve uma deterioração da rede própria da Previdência. A pequena participação da União no financiamento da saúde, que já acontecia no período de existência dos institutos, continuou a existir após a criação do INPS. No período anterior à criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas),

o INPS foi responsável tanto pela parte de benefícios previdenciários quanto pela parte de assistência médica.

É importante fazer constar que, nessa época, o governo federal criou um programa de financiamento para construção e operação de hospitais no Brasil, oferecendo condições diferenciadas de financiamento de acordo com a localização e a necessidade de novos leitos. Essa diferenciação consistia em aplicar percentuais de redução da correção monetária àqueles que preenchessem as condições de privilégio. Apesar das críticas de que o setor privado cresceu por benesse do governo, esta não é a verdade, pois foram construídos no país 14.000 leitos privados e 26.000 públicos.

Até outubro de 1988, o sistema oficial de saúde brasileiro disputava recursos, na esfera federal, em duas áreas distintas. Na primeira, situada na órbita previdenciária, a divisão dos recursos entre as três áreas (benefícios previdenciários, assistência social e atenção médico-hospitalar) ocorria autonomamente: o orçamento do Sinpas não era apreciado pelo Congresso Nacional e, na prática, sua elaboração não sofria interferência do órgão orçamentário central. A maior parcela da receita do Sinpas era arrecadada pelo próprio sistema, não se confundindo, portanto, com os recursos que compunham o orçamento fiscal. A contribuição da União era insignificante.

O sistema de saúde brasileiro teve sua expansão acelerada a partir da segunda metade do século XX. No início dos anos 50, os dispêndios nacionais com saúde não excediam a 1% do PIB, grande parte destinada a programas de saúde pública, principalmente os de controle de doenças transmissíveis. Vinte e cinco anos depois, esse percentual era estimado como equivalente a 2,5% do PIB, incluindo o gasto privado. Nos anos 80, chegou a 4,5%.

Na década de 70, no Brasil, já surgiam medidas características de transformação do modelo de atenção à saúde previdenciário para um modelo universalista. O Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) promoveu o atendimento aos trabalhadores rurais e seus dependentes, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS) e, principalmente, o Programa de Pronta Ação (PPA) tornaram o sistema de saúde brasileiro mais universalista. O PPA promovia a universalização do atendimento de urgência e emergência médica na rede própria e conveniada.

O Plano de Pronta Ação

O Plano de Pronta Ação da Previdência Social, aprovado pelo ministro da Previdência e Assistência Social, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, por meio da Portaria nº 39, de 5 de setembro de 1974, está longe de constituir um simples ato de rotina na esfera da assistência médica previdenciária. O PPA, na realidade, traduziu, em termos programáticos, dois objetivos básicos. O primeiro seria o propósito de ampliar a cobertura assistencial na busca pela universalização, desde há muito anunciado pelo Conselho de Desenvolvimento Social. O segundo prevê o maior número possível de modalidades assistenciais, com a finalidade de permitir facilidades para ampliar o campo de aplicação do sistema.

Paralelamente, ao lado da extensão dos programas de prestação da assistência médica de toda a massa previdenciária, o PPA levou em consideração, em seu planejamento, a contribuição que certamente seria prestada por estados, municípios, entidades beneficentes, sindicatos de classe, empresas e pela própria União. Foram criados convênios--empresas, por meio dos quais o INPS e, posteriormente, o Inamps, transferiam responsabilidades de prestação de assistência em serviços próprios ou contratados para o atendimento dos seus empregados, em caso de doença, extensivo, quando possível, aos dependentes.

Essa modalidade assistencial do Inamps, em 1977, representava 83,2% do total de convênios, registrando-se, em vigência, quase cinco mil empresas que decidiram estabelecer esse relacionamento, responsabilizando-se pela assistência aos seus empregados. O plano incluía hospitais contratados, totalizando 3.130 unidades, com capacidade operacional de 181.700 leitos, nas mais diversas especialidades, pagos pelo Inamps em função dos serviços prestados com base na tabela de honorários médicos e hospitalares. Nada menos de 85% do total das internações da população previdenciária urbana foram promovidas pelos hospitais contratados.

Outra medida do PPA foi a realização de convênios com a União e os estados, destinados a ampliar a prestação de assistência médica aos previdenciários, de tal modo que permitisse a utilização, pela Previdência Social, das instalações e serviços de saúde dos governos federal e estaduais, assim como de entidades sem fins lucrativos, suplementando recursos, participando do custeio e provendo os equipamentos indispensáveis aos serviços. O total de convênios hospitalares, incluídos os firmados com a União e com os estados, ultrapassando 2.600, foi distribuído desigualmente pelo território nacional, com o maior número na Região Sudeste, seguindo-se do Nordeste.

O PPA também realizou:

- Convênios com sindicatos, com o objetivo de permitir o desenvolvimento de programas de atendimento ambulatorial médico e odontológico.
- Reembolso de despesas, a critério da Previdência Social, respeitada a faculdade do beneficiário de livre escolha de profissionais e estabelecimentos, até o limite das tabelas elaboradas especialmente para esse fim.
- Instalações especiais, escolhidas pelo beneficiário, diferentes daquelas que eram oferecidas pelo Inamps, ficando sob sua

responsabilidade o pagamento do sobrepreço das instalações utilizadas e a complementação dos honorários do médico que o assistisse diretamente, não podendo a última exceder a 100% do valor pago pela Previdência Social.

- Convênios com hospitais de ensino, firmados nos termos da minuta-padrão aprovada pelos ministros da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura, mediante o pagamento de um subsídio mensal variável segundo o número e o tipo de altas hospitalares, privilegiando, além disso, o atendimento ambulatorial.
- Atendimento de urgência, prestado indiscriminadamente, nos serviços próprios e contratados, ficando o pagamento a cargo do Inamps.

Com essa ampla margem de opções, com as mais variadas modalidades médico-assistenciais, os responsáveis pela política de assistência médica da Previdência Social puderam fixar prioridades, de conformidade com a conveniência administrativa e os legítimos interesses da população previdenciária.

Outro passo dado nos anos 70 foi a reestruturação interna da Previdência Social no Brasil, com a redefinição dos papéis e a criação de órgãos que formaram um sistema de previdência. Em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) foi criado, reunindo num único sistema os seguintes órgãos: INPS, Inamps, Iapas, LBA, Funabem e Dataprev. A fonte principal de financiamento do Sinpas era a contribuição sobre a folha de salários. Com a criação do Sinpas, o INPS perdeu a função de responsável pela assistência médica, que foi assumida pelo recém-criado Inamps.

Depois de 1988, com a unificação da assistência médica no Ministério da Saúde e com a criação de novas contribuições constitucionais, a Contribuição de Empregados e Empregadores (folha de salário) perdeu importância no financiamento federal da saúde, mas,

mesmo assim, em 1993, representava quase um terço (31,6%) do orçamento do Ministério da Saúde. É fácil entender, por conseguinte, a perplexidade causada por sua abrupta retirada do financiamento da saúde, o caos reinante e as esperanças depositadas em um novo imposto, a CPMF depois transformado em contribuição social para a área da saúde.

A saga do financiamento do SUS

As principais mudanças apresentadas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foram as seguintes: uma desconcentração de recursos para os estados e destes para os municípios; a restrição dos poderes do Inamps (instituição sustentadora do modelo médico-assistencial), com sua retirada gradual de prestação direta dos serviços de saúde; o incremento dos recursos repassados aos municípios; a diminuição relativa das transferências ao setor privado; a priorização dos serviços por estados pelas entidades filantrópicas e maiores investimentos na alta tecnologia. O procedimento adotado pelo SUDS, ao repassar recursos sem que houvesse mecanismos de controle e auditoria, permitia que houvesse substituição de receita, ou seja, ao entrarem recursos de origem federal por meio dos repasses, o nível estadual reduzia ou eliminava a sua participação no financiamento da saúde.

A Constituição de 1988 adotou o modelo de Seguridade Social, abandonando o modelo de seguro social, que já vinha sendo abolido nos anos 80. Foi estabelecida a criação do SUS, que rompia com duas lógicas presentes nas políticas de saúde dos anos anteriores: primeiro, promovendo a mudança de um modelo de seguro social para a Seguridade Social – permitindo a universalização; e segundo, com a mudança do modelo de atenção curativa da saúde para um modelo de atenção integral à população.

Coube também à CF/88 implantar um novo conceito de saúde para o brasileiro. No artigo 196, ficou assegurado que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Este artigo completou-se com o seguinte, que afirmava caber ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente, ou complementarmente, através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Ao considerar a saúde um direito de todos e um dever do Estado, a Constituição estabeleceu um novo pacto social, no entender dos estudiosos, porque garantia a toda população o benefício à saúde independentemente de haver contribuição para o financiamento do sistema. Consta, no artigo 195, que a saúde, como parte integrante da Seguridade Social, será financiada por toda a sociedade de forma direta ou indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, inclusive das contribuições sociais.

Estes preceitos inaugurados com a Carta Magna requeriam um padrão de financiamento adequado, o que, no entanto, não foi claramente determinado. Foi criado o Orçamento da Seguridade Social exclusivo para financiar previdência, saúde e assistência social. Entretanto os artigos da Carta Magna que tratam das fontes de financiamento do setor deixaram dúvidas quanto à responsabilidade que caberia aos entes federativos, quanto ao papel de cada fonte e quanto aos requisitos legais para que novos financiamentos fossem criados posteriormente.

Conforme já citado, a regulamentação dos artigos constitucionais referentes à saúde aconteceu por meio das Leis nº 8.080/1990 e

nº 8.142/1990. A primeira determinou "as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes", o que incluía as condições para a transferência de recursos para o setor e os critérios de repasse de recursos para estados e municípios. A Lei nº 8.142 estabeleceu as formas de participação da comunidade na gestão do SUS, tratou da criação dos Conselhos de Saúde e das transferências intergovernamentais de recursos para a saúde, das possibilidades de repasse regular e automático, da distribuição dos recursos entre estados e municípios.

Definiu-se também que a questão do financiamento seria de responsabilidade dos três níveis de governo: União, estados e municípios, mas faltou clareza quanto aos critérios de definição da contribuição de cada um dos níveis. Com a não especificação das responsabilidades, coube ao governo federal arcar com a maior parcela dos recursos para o setor público da saúde. Não foi também definida pela Constituição qual seria a participação da saúde no Orçamento da União, o que dependia de aprovação de lei complementar posterior. Enquanto não fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, havia no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) um artigo que determinava a destinação de 30% do orçamento da Seguridade Social para a saúde.

A Constituição de 1988, como um todo, defendia o processo de descentralização no país, não só do sistema de saúde, que garantisse um novo pacto federativo e novos mecanismos de descentralização fiscal e administrativa aos estados e municípios. Em termos fiscais, eles teriam maior autonomia para tributar e haveria um incremento nos mecanismos de partilha de receita. A característica principal da descentralização dos recursos tributários foi o movimento de municipalização da receita. Tem havido um incremento na arrecadação direta dos municípios e o fortalecimento do sistema de transferência de impostos (principalmente através

do Fundo de Participação Municipal – FPM). As transferências do Sistema Único de Saúde tiveram uma participação significativa na ampliação do volume de receita dos municípios. Entretanto este movimento descentralizador foi, em parte, neutralizado porque o governo federal adotou medidas, ao longo dos anos 90, que reforçaram o próprio poder e a capacidade de arrecadação, ao mesmo tempo em que se criaram mecanismos inibidores da participação dos demais níveis no processo.

A crise de 1993

Pela Lei nº 8.080/1990, grande parte do custeio da saúde ainda seria feito com o dinheiro da Previdência Social. Os recursos do Inamps, que eram destinados para 40 milhões de brasileiros, passaram a ser destinados para atender a 100 milhões. Esta diluição do recurso provocou o achatamento de todos os valores de remuneração. O governo começou, nessa época, a ter dificuldades de relacionamento, de remuneração, de reajuste, de atualização de valores porque o recurso passou a ser escasso. Foi exigido que o governo federal colocasse mais dinheiro e, com isso, a Previdência começou a encolher os repasses. Esses recursos que oscilavam em 26%, 28% próximo a 30% começaram a diminuir após a criação do SUS.

Em 1993, cessou a transferência do dinheiro do Inamps para o Ministério da Saúde para custear a área assistencial, repasses que já eram de apenas 14% da arrecadação. Abruptamente, no começo daquele ano, acabou o repasse da Previdência Social para custear a saúde. Em 1993, para superar a crise, foi necessário emitir uma medida provisória para pegar empréstimo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Tudo isso foi feito para custear o setor enquanto se buscava uma fonte de financiamento sustentável.

A partir do momento em que colocaram na Constituição que a saúde era dever do Estado, não havia mais sentido para o trabalhador contribuir. Como os recursos são crescentes e as demandas também, o governo precisaria aumentar os recursos, porém eles não crescem de acordo com a demanda e as necessidades. Seguiu-se o achatamento de salários do trabalhador da saúde, assim como os pagamentos aos prestadores de serviço que trabalhavam para o SUS.

O ano de 93 ficou marcado pelo caos no financiamento da saúde. Todo mundo com dificuldade financeira e de remuneração. Vários hospitais e serviços particulares que trabalhavam para o SUS deixaram de atender. Começaram a aumentar as filas dos serviços públicos, as filas das Santas Casas. Sem recursos, o atendimento ficou cada vez mais deficiente. Diminuiu o número de leitos e os recursos não aumentaram. Em 1996, quando o médico Adib Jatene assumiu o Ministério da Saúde, ele procurou criar uma contribuição específica para a saúde. Foi quando nasceu a ideia de criar a CPMF, já que só o dinheiro do Tesouro era insuficiente. Jatene era cirurgião cardiovascular e sabia quanto custava uma cirurgia e que o SUS não tinha dinheiro para pagar. Ele lutou muito para criar a CPMF, vinculando toda a arrecadação para a saúde.

A CPMF é um imposto cobrado sobre todas as operações bancárias. A cada transação, 0,2% dos valores são destinados à saúde. Foi uma contribuição que chegou a ser chamada de imposto do cheque, porque abrangia todas as operações, incluindo pagamentos em cheque e operações em caixas eletrônicos.

A CPMF era para ser uma contribuição aditiva, mas virou substitutiva. Quanto mais dinheiro entrava da CPMF, menos vinha do Tesouro para a saúde. Os recursos do SUS aumentaram muito pouco em função disso e, apesar da CPMF, o dilema da saúde continuou.

A Emenda nº 29

Na época em que a CPMF foi aprovada, já existia uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) para definir um recurso mínimo para a saúde. As propostas foram amadurecendo e, em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº 29. Ela levou em conta a municipalização criada pelo SUS. Essa emenda começou a ser discutida com o objetivo de definir quanto a União, os estados e os municípios deveriam destinar para a saúde.

A EC nº 29 previu que o governo federal teria que colocar na saúde, no mínimo, o valor gasto no ano anterior mais a variação do PIB nominal (soma do percentual da inflação mais o percentual de variação do PIB nacional). Para os estados, ficou definido contribuir com 12% da receita e para os municípios com 15%. Com a descentralização e responsabilização dos municípios, os estados começaram a colocar mais recursos, porém demoraram alguns anos para chegarem aos 12%. Os municípios chegaram logo aos 15%. Eram recursos vinculados à arrecadação, e a tendência era o Brasil ir crescendo e os recursos irem aumentando. Na União, a vinculação ficou com o PIB e a inflação, e não com a arrecadação. O limite máximo do governo federal era o mínimo. Sempre foi assim. Jamais o governo federal colocou um centavo acima do mínimo.

A CPMF é o imposto mais fácil de arrecadar, mas é o mais acumulativo. Tanto a Federação Brasileira de Hospitais quanto a Confederação Nacional de Saúde tinham representação no Conselho Nacional de Saúde, que faz até hoje o acompanhamento da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. Nesses acompanhamentos, ficou sempre comprovado que o dinheiro da CPMF vinha todo para a saúde. Como o Tesouro colocava menos dinheiro e o orçamento da saúde não aumentava, acreditava-se que a arrecadação da CPMF

não vinha para a saúde, mas veio. Com a EC nº 29, a CPMF foi englobada e passou a ser o recurso oficial para a saúde. Essa contribuição terminou em 2007, causando novos déficits no financiamento da assistência à saúde porque, no governo federal, não havia disposição para colocar novos recursos do Tesouro para substituí-la.

Preocupados com o não crescimento dos recursos federais para o SUS, todos os segmentos representativos da saúde, contando com apoio parlamentar, iniciaram nova campanha para definição de uma fonte de financiamento da ordem de 10% da receita bruta da União. O movimento ganhou força e nova proposta de Emenda Constitucional começou a tramitar no Congresso Nacional, porém sem contar com o apoio do Executivo.

No decorrer de 2015, foi aprovada a EC nº 86, que prevê uma ampliação progressiva dos recursos para a saúde nos cinco anos seguintes ao da sua promulgação. No primeiro exercício financeiro subsequente ao ano da promulgação, a aplicação mínima em saúde foi fixada em 13,2% da receita corrente líquida; no segundo exercício financeiro, 13,7%; no terceiro exercício financeiro, 14,1%; no quarto, 14,5%; e no quinto exercício em diante, 15% da receita líquida corrente. A receita líquida é a arrecadação total da União menos os repasses obrigatórios para estados e municípios.

Durante a tramitação da PEC nº 86, parlamentares de oposição criticaram o teto do financiamento de saúde em 15%. Argumentaram que o governo gastou 13,1% da receita líquida com saúde em 2012, valor parecido com a porcentagem de início do escalonamento (13,2%). De acordo com senadores e técnicos da saúde, o "teto" tira a chance de mais recursos serem direcionados para a saúde por meio de uma lei complementar, porque agora a Constituição dita o limite de gasto. Como alternativa para recuperar um financiamento mais condizente com as necessidades do SUS, foi apresentada uma nova

Proposta de Emenda Constitucional, a PEC nº 01/2015, prevendo 15% das receitas líquidas da união no primeiro ano, ou seja, 2016, com progressão até 19,4% das receitas em seis anos.

A PEC nº 01/2015 prevê que o percentual para a saúde será cumprido progressivamente, garantido, no mínimo: *i)* 15% da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; *ii)* 16% da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; *iii)* 17% da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; *iv)* 18% da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; e *v)* 18,7% da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional. Vale lembrar que, aproximadamente, 19% das receitas líquidas equivalem a 10% da receita bruta.

Até o presente momento, a PEC nº 01/2015 continua em tramitação no Congresso Nacional. Todos os brasileiros aguardam o desiderato, esperando que os tecnocratas da área econômica não bombardeiem a proposta.

Com a proposta do governo atual de limitar o aumento de gastos da União de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), estamos em uma posição desconfortável porque, enquanto a PEC nº 01/2015 aumenta os gastos anualmente em percentuais crescentes da Receita da União, a nova PEC nº 241/2016 – apresentada pelo governo recentemente – limita o crescimento dos recursos à variação do IPCA.

O custo da saúde

O Brasil está investindo 9% do PIB na saúde, mas 5% é da iniciativa privada, só 4% é do governo. Um total de 62% do PIB é gerado pelo consumo das famílias. O PIB de 2015 foi de 5,9 trilhões de reais. Desses 5,9 trilhões, 3,7 trilhões correspondem aos gastos da família, destes cerca de 8% são gastos com a saúde que montam aproximadamente 303 bilhões de reais. Nesses 303 bilhões estão incluídos os planos de saúde. Se somar o dinheiro da União, dos estados e dos municípios, há ainda 230 bilhões para a saúde. Esses números correspondem para os gastos privados 5,1% do PIB e para o setor governamental 4% do PIB. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também mostra que, no Brasil, o governo coloca muito menos no custeio da saúde do que a iniciativa privada.

Na Inglaterra, 82% do custeio da saúde é do governo, são gastos mais de 10% do PIB em saúde. Na França, essa porcentagem é de 81%. Nesses lugares onde o sistema de saúde é unificado, o gasto do governo é muito maior que o gasto da população. Mas aqui nós temos um sistema único que só financia 40% da saúde. O serviço público tem morosidade, ineficiência e insuficiência de recursos, três dificuldades que não deixam o serviço público funcionar.

Algumas coisas funcionam. Eu trabalhei no pronto socorro de Belo Horizonte por 34 anos, lá todo mundo atende e atende bem. Mas, se você precisar se consultar, marcar exame, fazer uma cirurgia, vai ficar na fila. Tanto é que, com certa frequência, são emitidas portarias do Ministério da Saúde liberando recursos adicionais para a realização de cirurgias eletivas. É para atender a quem está há anos na fila. As cirurgias eletivas estão ficando sem atendimento. Os hospitais estão cheios desses pacientes que vão ficando para depois. Se os hospitais privados ainda estivessem no SUS, poderiam fazer muito mais. Hoje são 2.600 hospitais privados que não atendem mais pacientes do SUS.

9 CAPÍTULO
O SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE

O Sistema Suplementar de Saúde

No mundo moderno, a opção pelo plano de saúde para os cidadãos vem sendo considerada pelos diferentes governos. Os suíços têm contado com cobertura universal desde 1994, fornecida por planos de saúde privados. O plano de saúde na Suíça não é baseado nos impostos sobre emprego. Os cidadãos escolhem entre uma variedade de planos privados e aqueles que não podem pagar podem receber subsídios do governo. A França tem sido considerada um país que possui os melhores sistemas de saúde do mundo. O povo francês tem até a liberdade de escolher qualquer provedor de saúde que prefiram. Na Alemanha, é imperativo para todos os cidadãos ter seguro médico. Eles compram os mesmos de fundos sem fins lucrativos. São cerca de 200 planos disponíveis e, para permitir este tipo de assistência médica, os alemães dedicam 8% de seus salários para fundos de saúde.

No Brasil, o plano de saúde é cada vez mais aceita pela população na busca por serviços médicos. O plano é especialmente escolhido por moradores de cidades cuja qualidade de vida é maior e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é alto. Um total de 1.993 municípios brasileiros possui um IDH alto e, dentre este grupo, apenas 44 cidades possuem o índice muito elevado. Estas 44 cidades estão localizadas em São Paulo, Santa Catarina, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Distrito Federal e Rio Grande do Sul. Estes municípios são também aqueles que apresentam maior cobertura de planos de saúde. Quase todas as pessoas que moram nestas regiões são usuárias de algum serviço de plano de saúde que garante assistência completa quando é preciso.

Em muitos casos, os serviços de planos de saúde são contratados pelas empresas para seus funcionários e acabam saindo bem mais em conta. Isto porque o custo por pessoa reduz quando há diversos clientes usufruindo, de forma coletiva, de determinado serviço. O mesmo

também vale para os planos familiares, que apresentam valores mais baratos por pessoa do que as opções de planos individuais. Esta é uma realidade que atinge cerca de 50 milhões de brasileiros.

Histórico

A mudança na assistência à saúde e a busca por planos privados começaram no final dos anos 50, quando surgiram os sistemas assistenciais próprios fornecidos pelas empresas estatais e multinacionais que prestavam assistência médica de forma direta. Os planos de saúde começaram no Brasil quando vieram para cá as empresas, principalmente as montadoras de automóveis. A primeira foi a Volkswagen, depois veio a Chevrolet. As empresas que foram para o ABC paulista começaram a dar um tratamento diferenciado que já era utilizado fora do território brasileiro, em seus países de origem. Elas queriam agilidade para atender ao trabalhador doente porque, quanto mais rápido ele fosse atendido, mais rápido haveria o retorno dele ao trabalho. Surgiram então os planos de saúde por administração.

A partir das empresas automobilísticas, começaram a surgir outros planos de saúde no setor privado, tais como Cooperativas Médicas, que, como o próprio nome indica, é uma operadora de propriedade de um grupo de médicos que prestam serviços para a sua massa de usuários. As cooperativas também comercializam planos para o mercado, sejam planos para empresas, sejam para pessoas físicas. Exemplos: Unimed BH, Unimed Porto Alegre, Unimed Paulistana.

A rede filantrópica mescla características das demais modalidades. Assim como a autogestão, também não visa lucro e tem como objetivo prestar serviços para a sociedade. Assim como a Cooperativa, a Medicina de Grupo e a Seguradora possuem planos abertos para o mercado e os comercializam para empresas e usuários. Exemplo: Santa Casa de BH.

A Medicina de Grupo é a operadora de um dono, ou de vários, a fim de comercializar planos para o mercado, tanto para pessoas jurídicas quanto físicas. É a modalidade daquelas operadoras que se posicionam claramente no mercado como negócio, com fins de obtenção de lucros. E não pense que isso é ruim! Justamente o contrário! Como se sabe, competição no nível certo é o que o setor mais precisa. Exemplos: Amil, Vitallis, Hapvida, Golden Cross.

Por outro lado, a seguradora é a empresa que já atua no mercado e é autorizada a oferecer o seguro-saúde. Entretanto, embora chamado de "seguro-saúde", os planos oferecidos pelas seguradoras devem seguir exatamente as mesmas regras dos demais, exceto no que se refere ao reembolso de despesas com saúde, limitadas e com valores previamente contratados. Todas as operadoras de planos de saúde colocam seu produto à venda diretamente ou por intermédio de corretoras.

No entanto os planos de saúde surgiam sem nenhuma regulamentação. O único documento balizador do hoje chamado sistema suplementar é o Decreto-Lei nº 73/1966, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. Os planos de saúde desenvolveram-se tomando essas regras como balizadoras de suas atividades, mas não havia lei específica para o setor. Quanto maior era o crescimento da população, maior era a demanda por assistência em tempo real. Outro motivo para o crescimento dos planos de saúde foi a adesão do funcionário público que passou a ter seu sistema de previdência próprio em cada estado da Federação. Em Minas, por exemplo, havia o Instituto de Previdência, que dava assistência aos funcionários do Estado.

Como isso funcionou bem para a população do ABC, começaram a surgir propostas de planos de saúde para outros segmentos da população. Instituíram convênios com outras empresas e planos de

saúde para as famílias. Antes dos planos, já havia a estrutura de previdência dos estados. Vários estados criaram um instituto de aposentadoria e pensão para seus servidores, à semelhança do INPS, para quem tinha carteira assinada na iniciativa privada. Foram os antigos institutos de previdência dos estados que começaram a criar planos de saúde para funcionários públicos. Era uma cópia da Previdência Social, em alguns lugares melhorados, em outros piorados.

Como já foi visto anteriormente, os IAPs foram unificados no ano de 1966 formando o INPS. Esta unificação forçou a expansão dos credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde, privilegiando hospitais e multinacionais de medicamentos. Portanto, a década de 60 foi um marco na história da saúde, pelo fato de boa parte dos trabalhadores já possuir planos de saúde e, ainda, por serem observadas diversas possibilidades de assistência médica: a rede INPS, com unidades próprias e credenciadas; serviços credenciados para atendimento a trabalhadores rurais; serviços credenciados das empresas médicas; e autogestões de empresas com planos próprios. Essas possibilidades ofereciam a mesma cobertura para todos os empregados independentemente do nível hierárquico na empresa.

A luta pela regulamentação

Com a industrialização, começou a crescer o número de planos de saúde. O grande problema é que esse crescimento não foi acompanhado de alguma regulamentação. Diferentemente da experiência internacional, em que a regulação do setor suplementar foi feita a partir das atividades econômicas, no Brasil optou-se por regular o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde a partir de seguradoras que forneciam contratos aos brasileiros. Essa regulação do setor de saúde suplementar surgiu 30 anos depois de operações sem controle do governo, que se valeu da criação de órgãos de defesa do

consumidor para atuar no caso dos planos de saúde. Houve apenas um decreto regulamentando a questão de seguros que falava alguma coisa sobre saúde. Os planos de saúde começaram a se desenvolver à semelhança das seguradoras e, com isso, expandiram-se no Brasil inteiro sem qualquer tipo de regulamentação formal.

Como a assistência do Inamps era razoável, as operadoras cresceram de maneira mais lenta e pulverizada na época. Elas foram crescendo à margem da lei, embora não ilegalmente, paralelamente à Previdência Social. Os planos de saúde proliferaram de maneira desordenada durante mais de 20 anos. Muitos eram oferecidos por pequenas operadoras que acabavam levando insatisfação ao cliente porque não possuíam estrutura e nem condições de prestar assistência ou atender a todas as necessidades dos usuários. Havia uma série de reclamações até que, no começo da década de 80, começaram as discussões de como regulamentar o sistema, que só ganharam força depois da Constituição.

O SUS estava em processo de regulamentação e pensou-se em fazer o mesmo com os planos de saúde. Houve a necessidade de intervenção estatal, visando a corrigir e atenuar as falhas do mercado, como as exclusões de atendimento e as mensalidades abusivas. Somente após a promulgação da Lei nº 9.656/1998, o setor de saúde suplementar ganhou seu marco legal.

Foi no começo da década de 90 que foram apresentados projetos na Câmara dos Deputados, com o intuito de regulamentar os planos. Havia um projeto bastante razoável que foi exaustivamente discutido pelas entidades de saúde num processo coordenado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH). A esta altura, as operadoras de planos de saúde já haviam se organizado numa entidade que se chamava Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge). Concomitantemente, foram criadas inúmeras cooperativas, inicialmente para oferecer serviços

médicos e, posteriormente, planos de saúde. Essas cooperativas deram origem às Unimeds que, por sua vez, se organizaram como Federação das Unimeds do Brasil. O resultado operacional dessas cooperativas, que seria o lucro, é chamado de "sobra", que só pode ser usada para ser repartida entre os cooperados ou para investimentos.

As discussões sobre planos de saúde, naquela época, tiveram como foco a busca de uma fórmula para regulamentá-los de forma harmônica e permitir a sobrevivência do setor sem onerar o usuário. A grande dificuldade de chegar a um consenso foi a posição radical das Unimeds que não admitiam entrar na mesma regulamentação dos outros segmentos, neles incluídos a Medicina de grupo, as seguradoras e os planos administrados por empresas. As Unimeds criaram mil e uma dificuldades e o projeto foi se arrastando até que, em 1998, foi aprovado por pressão do Ministério da Saúde.

Foram analisadas as dificuldades e os aperfeiçoamentos do projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional até sua aprovação em 1998. A lei aprovada, Lei nº 9.656/1998, apresentava uma série de imperfeições, o que demandou, no dia seguinte à sua sanção e publicação, a emissão de uma medida provisória (MP), visando corrigir os erros. No entanto essa medida continha outros pontos não negociados ou inovadores. Àquela época, as MPs tinham um prazo de validade de 60 dias e, caso não aprovadas, publicava-se nova MP com alterações mínimas de redação e com o mesmo número acrescido de um sequencial. Foram tantas medidas provisórias que a última foi a de número 44. Nenhuma das reedições foi aprovada, até que se alterassem os critérios de tramitação com regras que vigoram até os dias atuais. A última MP sobre os planos permaneceu no limbo e seus termos passaram a ter validade até hoje.

No entanto a Lei nº 9.656/1998, que regulamenta os planos de saúde, vem sofrendo inúmeras alterações e aperfeiçoamentos ao longo destes 28 anos, sendo que algumas modificações penalizam

e exigem mais das operadoras, para dar mais segurança e benefícios aos usuários. Em consequência, há ainda um ambiente conflituoso e inseguro. Deve-se registrar aqui um ponto polêmico da lei, segundo nossa visão e a de muitos brasileiros. O artigo 32, em vigor até hoje, e que dificilmente será alterado, afirma que, se qualquer beneficiário de planos de saúde vier a ser atendido em unidades próprias, contratadas ou conveniadas, a operadora deverá fazer o ressarcimento das despesas ao SUS em valores definidos segundo critérios da Agência Nacional de Saúde (ANS).

O questionamento a ser feito é o seguinte: um cidadão que contrata um plano de saúde perde sua cidadania? Se a Constituição garante que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, como cidadão posso procurar um plano de saúde no caso de o SUS não me oferecer o serviço correspondente. Não podem ser penalizados, nem o cidadão e nem as operadoras de planos de saúde, pelo fato de o doente ter exercido o seu direito de ser atendido fora de o SUS. O raciocínio dos defensores do ressarcimento ao SUS é o de que, se o usuário de plano de saúde for atendido pelo SUS, estará economizando recurso para as operadoras e, dessa forma, haveria ainda um duplo subsídio, ao usuário e à operadora.

SUS *versus* planos

Logo depois que a Lei nº 9.656 foi publicada, a Confederação Nacional de Saúde (CNS) entrou com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) sobre alguns pontos dessa lei, ação que não foi julgada até hoje. Alguns parlamentares e dirigentes do Ministério da Saúde esposam a ideia do sistema universal, sem nenhuma outra possibilidade de atendimento diferenciado, considerando os planos de saúde subsidiados pelo governo federal pela circunstância de que o cidadão que paga pelo plano possa lançar essas despesas em sua declaração do Imposto de Renda (IR), obtendo descontos.

Cabe fiscalização e controle. Como não há capacidade e nem vontade de fazer isto, continuamos em polêmicas eternas e insolúveis. O pensamento da época da construção da lei era de penalizar as operadoras por entenderem que elas estariam encaminhando o paciente para o SUS para deixar de oferecer o atendimento adequado, seja por incapacidade, seja por desídia. Muitos brasileiros entendem que cidadania é poder, e democracia é a liberdade de escolher o que for melhor para si ou para seus familiares. Nesse sentido, o sistema suplementar assim designado deveria ser denominado sistema alternativo. Além do SUS, que não deixa de ser um plano de saúde integral que se paga por meio dos impostos dos cidadãos, pode-se ter outro plano de saúde qualquer, integral ou parcial, conforme o entendimento ou a disponibilidade financeira de cada um.

Outro aspecto da questão é que os cidadãos que pagam um plano, também pagam impostos que financiam o SUS. Na ADIn que está engavetada no Supremo Tribunal Federal (STF) até hoje, já existe um parecer favorável de um ministro do Supremo daquela época. Outro ministro pediu vistas e está em vistas até agora. São 17 anos que essa ação está adormecida. Por isso, fica valendo a lei que obriga o cidadão a pagar por um único tratamento por duas vezes, com o seu imposto e com o seu plano de saúde.

Logo após a aprovação da Lei nº 9.656/1998, o Ministério da Saúde criou uma estrutura para cuidar dos planos, acompanhar a evolução e decidir sobre a melhor maneira de regulamentá-los. Uma das primeiras providências foi estudar fórmulas para determinar valores de ressarcimento ao SUS, assim como operacionalizar os processos de controle e cobranças. Foi definida uma tabela com valores que eram superiores aos do SUS e inferiores aos dos planos de saúde. Esta tabela ganhou um nome muito simpático, Tunep, Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos.

Era um trabalho insano. Como as coisas não andavam bem e o Ministério da Saúde estava sempre mais voltado para as questões operacionais e regulatórias do SUS, o governo Fernando Henrique Cardoso optou pela criação de um órgão vinculado ao Ministério da Saúde, implantando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2001, com a aprovação da Lei nº 9.961. A agência destina-se a controlar os planos de saúde e operacionalizar o sistema, além de fiscalizar, definir reajustes, enfim, cuidar de todo o sistema suplementar.

A atribuição da ANS é exclusivamente cuidar do sistema suplementar que assiste hoje a 25% da população brasileira. A ANS passou a cuidar e olhar de perto os planos de saúde individuais e de empresas, as Unimeds e as empresas de autogestão, tais como o Banco do Brasil (BB) e a Petrobras, entre outras. Sua responsabilidade é também de definir os percentuais de reajustes para os planos de saúde, individuais e familiares, deixando aqueles contratos entre operadoras e empresas para negociação aberta e acordo entre as partes. O controle dos reajustes dos planos individuais ou familiares é necessário, porque as famílias têm muito menos força e condições de discutir com operadoras. Há 20 anos, quase 40% dos planos eram familiares, mas esta modalidade foi diminuindo e hoje chega a 12% de todos os planos. Um fato que se nota nos dias de hoje é que as operadoras parecem não querer celebrar novos contratos de planos individuais ou familiares tanto pelo controle de reajustes como pelo aumento dos riscos.

Relação com os prestadores de serviços

Os prestadores de serviços, como clínicas e hospitais, preferem trabalhar com os planos de saúde porque a remuneração não é fora de contexto como o SUS. O que preocupa mais os prestadores, hoje em dia, são as chamadas glosas, ou seja, a rejeição total ou parcial das faturas apresentadas. O hospital envia sua fatura, discriminada

por paciente atendido, vamos dizer de 100 mil reais, e as operadoras devolvem, ou não, aplicando glosas de 20 mil reais. Estes valores não pagos são motivos de conflitos empresariais sem fim. Não há qualquer regulação, orientação ou mesmo mediação para se tentar controlar ou minimizar o problema. Em junho de 2016, houve indícios de que a ANS estaria preparando um documento sobre o assunto.

O que facilita a aplicação da glosa é a maneira de confecção da conta hospitalar, que é detalhada como nos tempos iniciais do INPS. O problema da glosa é que as operadoras não comunicam o que se glosou. As comunicações dos planos ao hospital são demoradas e até receber as informações gasta-se um mês ou mais. Até o hospital fazer a reclamação da glosa e enviar a cobrança dos valores devidos, já se foram três meses. Quando se recebe, é pelo valor original, sem qualquer correção. Essa aplicação de pagamentos a menos pode ser por dois motivos: ou pelo sistema de revisão do plano de saúde, que é muito rígido, ou por uma artimanha da operadora, para retardar a realização de despesas e melhorar o fluxo de caixa.

Essa questão de glosas é um dos maiores problemas que os prestadores de serviço têm com os planos de saúde. Porque ficam ansiosos entre cancelar o plano e ficar sem receber as dívidas ou entrar na justiça e não receber nunca mais. Entendemos que esses conflitos somente vão ser eliminados ou minimizados se conseguirmos desenvolver um novo sistema de cobrança, talvez semelhante ao desenvolvido pelo Inamps na década de 70. Esse problema só vai acabar quando conseguir colocar no sistema suplementar uma relação de procedimentos e valorar cada um de acordo com seus custos reais e com a complexidade de cada um.

As operadoras de planos de saúde têm necessidade de estabelecer controle de gastos porque senão os recursos arrecadados dos usuários serão insuficientes. Todos estão em busca de um equilíbrio que um dia vai acontecer, esperamos. As limitações dos planos de

saúde podem ser menores, a remuneração pode ser melhor, mas isso vai depender de um terceiro fator: o usuário. Ele pagou e quer usar tudo o que tem direito. Quando ele contrata um plano de saúde onde não consta determinada cobertura, ele entende que tem direito, procura a justiça, vai à televisão e reclama pelo tratamento, mesmo quando não foi contratado. E a justiça termina por aceitar a argumentação do usuário.

O SUS é um plano de saúde como qualquer outro, porém mais abrangente. Se ele não tiver também as suas limitações e sua regulação, não vai chegar a lugar nenhum. Se for necessário um tratamento, como, por exemplo, ir ao cardiologista do SUS, é necessário passar pela Atenção Básica, com o médico generalista, e obter um encaminhamento para o cardiologista. No caso dos planos de saúde, também há que se fazer este périplo. Em qualquer circunstância, há que se controlar custos senão qualquer sistema estará fadado à falência e não haverá recurso suficiente para tocar nenhum sistema de saúde. Todo plano de saúde precisa ter um sistema de reguladores harmônico, eficiente e mais coerente com a realidade.

No momento em que terminamos de escrever este capítulo, detectamos algumas novidades voltadas para pacientes que não têm condições de enfrentar a morosidade do SUS: a primeira delas é a criação de serviços de agendamento de consultas em diversas especialidades que vem proliferando por todo país; a segunda é a proposta apresentada pelo atual ministro da saúde Ricardo Barros de criar planos de saúde populares para suprir deficiências do SUS.

A criação desses planos voltados provavelmente para atendimentos ambulatoriais foi aventada quando da discussão da Lei nº 9.656/1998, mas não logrou êxito em virtude da complexidade de atendimentos ambulatoriais de urgência, os quais forçosamente aconteceriam. Só nos resta aguardar para avaliarmos os resultados de cada uma dessas iniciativas.

10 CAPÍTULO
ENTRE A UTOPIA E A REALIDADE

Entre a utopia e a realidade

Março de 1986. Pela primeira vez, o debate sobre o direito à saúde foi colocado em discussão em fóruns regionais e terminou se consolidando na Oitava Conferência Nacional de Saúde, que consagrou a saúde como um direito do brasileiro e um dever do Estado. O relatório final da Conferência criticava o modelo de assistência à saúde que predominou no país desde 1923, quando a lei Eloy Chaves criou os planos de assistência com contribuições de empregados e empregadores. Para os profissionais da saúde reunidos na Oitava Conferência, o modelo assistencial que se estabelecera entre o Inamps e os hospitais privados era considerado "excludente, discriminatório, centralizador e corruptor", de acordo com o relatório final da Conferência.

Nascia assim a grande utopia, depois consagrada na Constituição de 1988, de um sistema universal de saúde ao qual toda a população teria acesso, como um direito. Era um sonho do tamanho do Brasil, um dos primeiros e poucos países fora da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a prever esse acesso universal aos serviços de saúde. Regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, em 1993, inicia-se o processo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Este surgia das cinzas do Inamps, do qual herdou uma parte das contribuições até a separação total entre Saúde e Previdência.

Vinte e seis anos depois, o sistema único convive com a proliferação de planos de saúde, privados, pagos pelas empresas ou pela população. Convive também com crises permanentes de financiamento, além de serviços que nem sempre funcionam, filas pra consultas e exames, escassez de leitos nos hospitais públicos, superlotação das emergências e, acima de tudo, convive com o descrédito da população. Segundo uma pesquisa do *Datafolha*, de 2015, 54% da população brasileira avalia o SUS como ruim ou péssimo – a imagem se deteriorou e passou a ser visto como um sistema só para os pobres. Criado numa época em que o Brasil

tinha uma população de 100 milhões de habitantes, o sistema não conseguiu acompanhar o crescimento populacional, que ultrapassou 200 milhões, em 2016. Na mesma pesquisa, o *Datafolha* mostra que, para os brasileiros, a saúde é o principal problema do país (48%), mais que a violência e o desemprego.

É preciso considerar o fato de que o SUS já tenha surgido com importantes derrotas. Não foi possível efetivar um Sistema de Saúde 100% estatal, tal como almejavam os sanitaristas à época e como previa o Relatório da Oitava Conferência Nacional de Saúde. Para os defensores de um sistema único e estatal, o esforço em fazer passar o texto constitucional e a correlação de forças políticas naquela conjuntura permitiram a inclusão da iniciativa privada na assistência à saúde. Com isso, o SUS nasceu como um sistema que se intitula "único", mas que, na verdade, é complementado pela iniciativa privada. Apesar desse fato crucial que, para muitos, significou o calcanhar de Aquiles e a principal razão de todo o processo de desmonte que hoje vivenciamos, a conquista do SUS tal como proclamada pela Constituição de 1988 significou grande vitória na luta pela garantia do direito à saúde pública.

No entanto o fato é que sempre existiu uma distância considerável entre o chamado SUS legal e o real. Aliado a isso, uma série de fatores contribui para a criação de uma imagem negativa do sistema, o que compromete, em grande medida, sua credibilidade entre a população em geral. Por outro lado, para muitos defensores, o conceito do direito universal à saúde como direito social não se tornou uma bandeira de luta e engajamento do conjunto da sociedade brasileira. À época, e mesmo hoje, embora a população critique os serviços de saúde, as filas e a falta de atendimento, essa frustração não gerou um movimento popular que defenda a saúde como direito primordial do ser humano.

Existe ainda uma incapacidade em constituir ampla frente social de sustentação política ao SUS. Os políticos reconhecem a importância

da saúde pública e a defendem em seus discursos, mas não transformam atitudes em leis e projetos que melhorem a oferta de assistência como um todo. Não são movidos também pela classe trabalhadora e pelas centrais sindicais que não incluem a saúde como item obrigatório de reivindicações.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, a saúde passou a ser entendida como um direito social, abrangendo, em sua competência, a saúde do trabalhador. Mas o fato é que, devido a uma longa tradição histórica, a saúde do trabalhador sempre foi vista, inclusive por sindicatos, como um direito trabalhista, uma ação de segurança individual ou coletiva e não como um direito social.

Os trabalhadores brasileiros têm protagonizado importantes lutas em defesa dos direitos sociais e isso é inegável. Entretanto, em relação à saúde como direito social, apesar de as resoluções políticas das principais centrais sindicais enaltecerem a defesa do Sistema Único de Saúde, posição assumida nos conselhos e fóruns de gestão de políticas públicas de saúde, por outro lado, os sindicatos também incorporaram, em suas negociações coletivas, a demanda por melhoria da assistência médico-hospitalar por meio de planos e seguros privados de saúde contratados pelas empresas. Atualmente, duvida-se até se as organizações sindicais seriam uma força social interessada na melhoria e ampliação do SUS. Um fator que alimentou essa dúvida foi a pauta da PEC nº 451, de 2014, que previu como direito trabalhista o provimento de planos privados de saúde a trabalhadores.

Com isso, estamos regredindo ao tempo das Caixas de Aposentadoria e dos Institutos de Previdência, que consideravam a saúde como um direito trabalhista, concedido a quem tinha carteira assinada, e não como direito social de todo cidadão brasileiro. É um retrocesso que compromete os direitos de cidadania conquistados até agora.

Além da falta de apoio popular, sindical e político, muitos são os desafios para a real efetivação de um sistema universal de saúde com a proporção continental e populacional que tem o Brasil. O SUS é o único sistema de saúde no mundo que se pretende universal para mais de 200 milhões de pessoas. Esse sonho utópico esbarra em vários limites, como o difícil financiamento do sistema e os desafios de gestão dentro de um modelo federalista com várias especificidades locais. Gestão e financiamento são alguns dos principais problemas do SUS, segundo os especialistas.

O que deu errado?

Financiamento. Este é um problema que até hoje não foi bem resolvido. De acordo com o artigo 195 da Constituição Federal, cabe ao governo prever o financiamento necessário para que o direito universal fosse garantido, "mediante políticas sociais e econômicas". Nunca foi cumprido a contento. Em 1993, quando foi iniciada a estruturação do SUS, não houve um planejamento dos recursos a serem aplicados na assistência à saúde. No modelo descentralizado de gestão, a União deveria ser a responsável por distribuir a maior parte dos recursos financeiros para estados, municípios e Distrito Federal. Essa distribuição é feita pela chamada transferência fundo a fundo: os recursos do Fundo Nacional de Saúde são direcionados para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Entretanto o SUS, desde o início, sofreu de um problema crônico de financiamento: não há estabilidade nos recursos. A quantidade de dinheiro destinado à saúde variava muito de acordo com interesses políticos e circunstâncias econômicas. Por esse motivo, foi elaborada a EC nº 29, que alterou a Constituição Federal, em 13 de setembro de 2000. De acordo com essa emenda, o SUS deveria ser financiado pelas três esferas de governo: um aumento progressivo do orçamento de

acordo com a variação do PIB nominal (soma da variação do PIB mais a inflação do ano anterior) para a União, 12% para os estados e 15% para os municípios. As regras para estados e municípios permanecem as mesmas desde 2000. Já o percentual que cabe à União ganhou uma nova regra com a EC nº 86, de 2015: a saúde deve ser financiada com a aplicação não inferior de 15% da receita corrente líquida da União. Essa regra foi criada para que os valores da União não continuassem o processo de defasagem ocorrido desde a EC nº 29. Conforme se mostrou no capítulo 8 deste livro, uma nova PEC nº 01/2015, atualmente em tramitação no Congresso Nacional, muda as regras, fixando em 15% o mínimo constitucional.

Essas assertivas se comprovam pela simples aferição dos percentuais aplicados em saúde por cada esfera do governo nos últimos anos. Quando a EC nº 29 foi aprovada, a participação da União era em torno de 70% e hoje representa apenas 43%. Um dado que preocupa a todos os responsáveis pela gestão do SUS é o crescente aumento dos gastos dos municípios que atualmente estão na média de 22% dos seus orçamentos.

O Brasil de hoje vive em déficit orçamentário, financeiro, operacional, déficit total. Existe a opinião de um ministro que reflete a situação atual: se o SUS não tem condição de oferecer tudo para todos do jeito que está tentando fazer, é preciso rever o financiamento. Ele poderia ter dito que, com os recursos que o SUS tem hoje, não tem como atender a toda a população como está previsto. Essa é a realidade. Por mais que se tente, o SUS vai continuar deficitário, problemático, porque os recursos vão ser sempre escassos. O Brasil é um país que tem um segmento da população doente, padecendo de doenças endêmicas que poderiam ter sido, quase todas, eliminadas. O Brasil tem regiões difíceis de serem atingidas e isso encarece ainda mais o custo da assistência, da locomoção e da remuneração de pessoal.

O pagamento de pessoal

Outro problema é a colcha de retalhos da remuneração do pessoal de saúde. Em cada estado do país, existe um salário, sem possibilidade de progressão. Se o médico está em uma pequena cidade e é um funcionário exemplar que estuda, trabalha, pesquisa, ele não tem condições de ser promovido ou transferido para uma cidade de maior porte onde possa aprimorar suas técnicas e conhecimentos. Está em tramitação no Congresso uma Proposta de Emenda Constitucional, de autoria do senador Ronaldo Caiado, para criação de um plano de carreira para os médicos. A proposta segue o que já está definido com o Poder Judiciário, em que o juiz começa no município pequeno e, com o passar dos anos, vai melhorando e é transferido para cidades maiores, existe uma gradação. Ele vai ter uma remuneração adicional pelo tempo de serviço. Está se tentando fazer o mesmo com a carreira do médico há muito tempo, mas esbarra no problema das diferenças com outros profissionais de saúde que também almejam uma carreira ou porque alguns radicais querem fazer uma carreira única para todos os profissionais de saúde. Cada profissional tem que ter sua carreira própria, não uma única para profissionais com preparo e formação diferentes.

As outras profissões do campo da saúde de nível superior se julgam no mesmo direito do médico. A carreira única não tem dado certo por diversos motivos. Os anos de estudo, de formação e de especialização do médico são superiores aos das demais carreiras, como enfermagem, farmacêutica, bioquímica, cuja escala de profissionalização difere da dos médicos.

Outro problema importante é a falta de uma política de pessoal no SUS, que não é cogitada até hoje. Uma das características do SUS é a contratação temporária como a prevista pelo Programa Mais Médicos, um paliativo, mas não a solução para a dificuldade de se fixar médicos em regiões desassistidas. Contratados mediante concursos, esses

profissionais iniciariam atividade em localidades menores e seriam promovidos ao longo do tempo para regiões mais bem estruturadas.

Se a falta de carreira de Estado afasta os médicos do SUS, há outra lógica de mercado que influencia na distribuição de médicos pelo Brasil e agrava o problema. A maior parte dos profissionais possui duplo vínculo, ou seja, trabalha para o SUS, mas também para a iniciativa privada. Se observar a distribuição de profissionais no Brasil, os médicos estão onde há a possibilidade de duplo vínculo. Isso explica a concentração de profissionais, detectada pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), nos grandes centros urbanos, onde também estão posicionadas as principais unidades de saúde do SUS.

O que vigora, no entanto, é o espírito do SUS, que considera que todos devem ter vínculo empregatício. No setor privado, seja hospital privado ou clínica, o médico trabalha como autônomo seja para atender a pacientes do SUS, seja para atender os planos de saúde. Normalmente, ele não é empregado do SUS nem das operadoras, a não ser em tempo parcial, exercendo suas atividades profissionais.

O vínculo do médico

Desde alguns anos, com as constantes alterações nos critérios de remuneração a hospitais e médicos, conflitos administrativos, operacionais e trabalhistas têm prosperado. O médico não quer ser empregado do hospital e deseja receber seus pagamentos na qualidade de profissional autônomo. No entanto, como os pagamentos são feitos pelos municípios, há o receio de que o médico possa reivindicar direitos trabalhistas e os gestores locais não concordam em fazê-lo.

A alternativa é repassar os valores dos médicos para os hospitais e esses devem fazer o pagamento ao médico. Esta alternativa é muito mais preocupante para o hospital do que para o município porque

o médico trabalha no hospital, segue as normas do hospital e recebe do hospital. Estaria caracterizado o vínculo empregatício, mesmo que nenhum dos envolvidos assim o deseje. A solução ainda não existe e muitas unidades de saúde e não só os hospitais vivem nessa situação, que só pode ser mudada com uma reforma radical nas nossas leis trabalhistas, arcaicas em muitos pontos, por não haverem seguido a evolução da sociedade e das necessidades tanto das empresas como do setor estatal.

Tarefa inadiável

Um artigo recente na revista *Le Monde Diplomatique* analisa os diferentes problemas que prejudicam a atuação do SUS, destacando a questão do financiamento como o principal e sugerindo que conquistar mais recursos para o SUS e gastá-los bem é uma tarefa inadiável. Em termos de proporção do PIB, os gastos com saúde somam, atualmente, cerca de 9,1%. Se alcançarmos 10%, estaremos, a princípio, acompanhando países que possuem amplos sistemas de proteção social. Não é só nos gastos totais que se percebe o problema da carência de recursos para o SUS, mas também no obstáculo adicional, que são as proporções privadas e públicas das despesas. No Brasil, apenas 45% dos gastos totais com saúde são públicos e, nos países onde há sistemas universais, as parcelas dos investimentos públicos situam-se sempre acima de 70% do total.

Diante desse duplo desafio, é essencial reafirmar o SUS como fator de desenvolvimento social. O que tem de ser levado em conta é a importância de um sistema universal em um país marcado por fortes desigualdades sociais. Até aqui os embates sobre financiamento do SUS ficaram reduzidos a uma polêmica sobre o aumento da carga tributária. Trata-se de buscar alternativas que procurem manter a coerência dos objetivos do SUS com a natureza das receitas e a

quantidade de recursos para viabilizá-lo, trazendo para o centro da formulação de políticas a análise das bases de financiamento previstas pela Constituição.

Acredita-se, como diversos especialistas, que só conseguiremos escapar do dilema fiscal sintetizado na contradição entre a crescente carga tributária e o impacto negativo na saúde se alargarmos as bases de financiamento do SUS e reduzirmos os vazamentos fiscais à privatização da saúde. A experiência com as brigas em torno da CPMF ensinou que a alocação de mais recursos para a saúde pública é antes uma questão de prioridade política do que de criação de uma fonte específica de recursos. Este posicionamento auxilia na compreensão da complexidade das decisões envolvidas com o financiamento do SUS. O que estamos pleiteando é o direito à saúde, a melhoria das condições de vida e o atendimento oportuno, digno e resolutivo. O financiamento e a qualidade dos gastos são meios essenciais para o alcance desses objetivos.

Um sistema de saúde considerado "para pobres" reforça as diferenças sociais e a desigualdade no país e investe contra o próprio nome do SUS, que nasceu universal. O Brasil situa-se com seu PIB entre as 10 maiores economias do planeta, mas com índices baixos de erradicação da miséria e da pobreza. A saúde é um indicativo importante para o equilíbrio dessa balança. Como se sabe, entretanto, esse sistema inclusivo não logrou incorporar toda a população. Em 1988, quando surgiu pela Constituição, muitos cidadãos não se beneficiavam de uma saúde pública, e hoje, ainda muitos estão fora do sistema. Para os defensores do SUS, neste momento crítico em que o sistema começa a ser discutido e até ameaçado de extinção, é importante lembrar que não basta ser universal, mas deve cumprir sua missão principal, que é ser igualitário. Para isso, será necessário enfrentar a dualidade na relação entre público e privado que divide a assistência à saúde no Brasil. Como explicar para a população que,

em nosso país, há um sistema inclusivo do ponto de vista constitucional, legal, institucional, mas que isso ainda não é uma realidade?

Como ponto de reflexão, transcrevemos o trecho de entrevista do professor Gonçalo Vencina Neto, concedida ao jornal *Valor Econômico*:

> *Ainda persiste um discurso no qual apenas a partir da execução de serviços por parte do Estado é possível construir um modelo de igualdade no atendimento. Desde os anos 90, o Estado moderno adquiriu um papel mais regulador. O Estado não precisa necessariamente fazer, mas sim garantir as entregas. Se o Estado é incompetente para mobilizar recursos com certa dinâmica, ele entrega os recursos para a iniciativa privada e fiscaliza as entregas. No Brasil, confundimos público com estatal. Nem tudo que é estatal é público e boa parte do que é estatal é privado.*