

Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada

Unique Health System – 2010: room for a turning point

Sistema Único de la Salud – 2010: espacio para una mudanza de rumbos

*Nelson Rodrigues dos Santos**

RESUMO: Destaca-se neste estudo os avanços marcantes na implementação dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, em especial a universalidade e a descentralização que propiciaram a maior inclusão social em sistema público de saúde de que se tem notícia. Destaca-se também os avanços na gestão do sistema público com a criação dos fundos de saúde, dos repasses fundo a fundo das comissões intergestores (tripartite e bipartite), das normas operacionais básicas pactuadas e recentemente, do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que avança na etapa “pós-NOBs”. Identifica-se contudo, limites a esses avanços, dados por obstáculos rígidos ao avanço da gestão/gerência pública e contratada da rede e de cada unidade prestadora de serviços públicos, ainda sob a lógica predominante dos interesses atrelados ao velho modelo de gestão caracterizado por uma conjugação histórica do subfinanciamento público/paralisação da reforma do Estado/promiscuidade da relação público-privado. Tais limites, mais que obstáculos ao prosseguimento dos avanços, vêm escanteando a equidade, a integralidade, a regionalização, a atuação dos conselhos de saúde na formação de estratégias, e balizando a implementação do rumo ao “SUS pobre para os pobres e complementar aos afiliados às empresas dos planos privados”. Ao final, são sinalizadas possibilidades potenciais e em embrionamento para uma “virada” de rumo na política pública de saúde, com a retomada dos valores calcados no direito humano à saúde, à consciência social das necessidades de saúde e respectivos direitos, com a adesão efetiva da classe média, dos trabalhadores sindicalizados e dos servidores públicos e com uma relação sociedade-Estado realmente democratizadora.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Políticas públicas. Inclusão social.

ABSTRACT: This study emphasizes landmark advances in the implementation of SUS constitutional principles and guidelines, especially universality and decentralization, which allowed for the greatest ever social inclusion process in the public system of health. We also emphasize advances in public system management with the implementation of Health Funds, of fund individual financing and joint management commissions (tripartite and bipartite), of agreed basic operational norms and recently, the Pact for Life in Defense of SUS and Management, which now reaches the “post-BOG” [Basic Organizing Guidelines] stage. We also identify limits to these advances, configured by rigid obstacles to the advance of public and contracted management of the health network and each unit of public services, still under the predominant logic of interests linked to the old management model characterized by a historical mixture of public subfinancing, the interruption of State reform/a nebulous State-private organizations relationship. Such limits, more than obstacles to the continuity of the advances, has excluded equity, integrality, regionalization, the work of health councils in strategy elaboration, and demarcating the implementation of the route to “Poor SUS for the poor and complementary SUS to health management organizations’ affiliates”. We also discuss potential and embryonic possibilities for a “turning point” in public health policies, aiming at retrieving values paved in the human right to health, the social conscience of health necessities and the correspondent rights, with a real adhesion of the middle class, of unions and public workers and with a effectively democratic civil society-State relationship.

KEYWORDS: Unified Health System. Public policies. Social inclusion.

RESUMEN: Este estudio acentúa importantes avances en la puesta en práctica de los principios constitucionales y las pautas del SUS, especialmente la universalidad y la descentralización, que permitieron el más grande proceso social de inclusión del sistema público de salud. También acentuamos avances en el ámbito de la administración pública del sistema con la puesta en práctica de los Fondos de Salud, de financiamiento individual de fondos y las comisiones de gerencia conjunta (tripartitas y bipartitas), de normas operacionales básicas convenidas y recientemente el Pacto por la Vida en defensa del SUS y de la Gerencia, que ahora alcanza la etapa del “poste-PBO” [Pautas Básicas de Organización]. También identificamos límites a estos avances, configurados por obstáculos rígidos al avance de la gerencia pública y contratada de la red de salud y a cada unidad de servicios públicos, aún bajo la lógica predominante de los intereses ligados al antiguo modelo de gerencia caracterizado por una mezcla histórica de financiamiento público deficitario, la interrupción de la reforma del Estado/una relación nebulosa de las organizaciones con el Estado. Esos límites, más que obstáculos a la continuidad de los avances, han excluido la equidad, la integralidad, la regionalización, el trabajo de los consejos de salud en la elaboración de estrategias y la demarcación de la puesta en práctica del “SUS pobre para los pobres y SUS complementario para afiliados a los planes de salud”. También discutimos las posibilidades potenciales y embrionarias de una “mudanza de rumbos” en las políticas sanitarias públicas, intentando recuperar a los valores fundados en el derecho humano a la salud, la conciencia social de las necesidades de salud y de los derechos correspondientes, con una adherencia verdadera de la clase media, de sindicatos y de trabajadores públicos y con una relación efectivamente democrática entre la sociedad civil-Estado.

PALABRAS LLAVE: Sistema Unificado de Salud. Políticas públicas. Inclusión social.

* Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo. Professor da Faculdade de Ciências Médicas do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas. Secretário-executivo nacional do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. E-mail: nelson@idisa.com.br

A inclusão social: o grande avanço

Fato reconhecido e admirado, nacional e internacionalmente, foi e está sendo a grande inclusão social pelo sistema público de saúde brasileiro a partir de 1990. Verdade é que esta inclusão já avançava significativamente nos anos 80, com o início da municipalização e estadualização de responsabilidades federais na saúde, por meio dos convênios das AIS (Ações Integradas de Saúde) e SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde). Antes, por volta de metade da população brasileira estava excluída de qualquer sistema e serviço de saúde. Foi com a consagração na Constituição, dos princípios da Universalidade e da Descentralização, assim como a Saúde como direito de todos e dever do Estado, que essa inclusão passou a ser obrigação legal e objeto de crescente pleito social. A inusitada produtividade gerada pela descentralização e impressionantes cifras de ações e serviços públicos produzidos vem aumentando ano a ano (Quadro 1) além do controle da AIDS mais avançado dos países em desenvolvimento.

Merece destaque alguns dobramentos da descentralização, conquistados pelos gestores descentralizados e conselhos de saúde, que

foram imprescindíveis para o avanço da inclusão social, como a criação dos fundos públicos de saúde, os repasses fundo a fundo, as Comissões Intergestores (tripartite e bipartites) e a extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) que unificou a direção do SUS em cada esfera de governo. Merece destaque também, as mostras de experiências exitosas do SUS (estaduais e nacionais), que revelam milhares de experiências, todas locais, em todo o território nacional, calcadas nos valores do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de atenção integral à saúde. Grande parte é efêmera mas outras tantas continuam surgindo, o que sugere uma instância social e institucional de atores da gestão descentralizada, dos conselhos de saúde e dos trabalhadores de saúde, que deve ter assumido em definitivo os valores dos direitos sociais à saúde e o conjunto dos princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), ainda que delimitada no microprocesso de trabalho e na micropolítica.

O predomínio do velho modelo de atenção à saúde: o grande desafio

A espetacular inclusão social pelo novo sistema público de saúde,

calcada em grande elevação da produtividade/produção e utilização dos serviços, não vem trazendo no seu bojo as mudanças estruturais no modelo de atenção orientadas pelo conjunto dos princípios e diretrizes do SUS, mas sim, mudanças ainda funcionais que tencionam mas não conseguem mudar os interesses e estruturas básicas do modelo “pré-SUS”. Na média nacional, a Atenção Básica à Saúde não consegue planejar-se nem realizar-se em direção à Universalidade e nem para atingir alta resolutividade (85 a 90% das necessidades de saúde), mas sim na população abaixo da linha da pobreza e com baixíssima resolutividade. Por isso, não ruma para vir a ser a porta de entrada predominante nem o maior fator estruturante do sistema, e cede espaço para deletério descolamento entre o PSF, (Programa Saúde da Família) e a rede de UBSS (Unidades Básicas de Saúde). Os serviços assistenciais de média e alta complexidade, tanto eletivos como de urgência, congestionam-se com filas de espera desumanas, iatrogênicas, frequentemente letais e com alto desperdício, por que absorvem o indevido papel de porta de entrada e atendimento massivo de casos evitáveis ou desnecessários (Quadro 2).

Esses serviços também não se encontram planejados e realizados no rumo da referência e qualificação da Atenção Básica, pelo contrário, são em regra remunerados por produção, a maior parte a valores abaixo de seu custo, mantendo o perfil da oferta incongruente com as necessidades da população. Os gestores descentralizados e trabalhadores de saúde vivem tensão e angústia de tentar completar valores defasados da tabela federal de procedimentos e tentar atender a demanda já reprimida dos casos graves e urgências, pouco ou nada restando de recursos para o atendimento eletivo e preventivo, que

Quadro 1. Produção SUS (Sistema Único de Saúde) – 2007

- Agentes Comunitários de Saúde em 95% dos Municípios. População coberta: 110 milhões	
- Equipes de Saúde de Família – 27 mil. População coberta: 87 milhões	
- Cirurgias: 3,1 milhões (Cardíacas: 215 mil, Transplantes: 12 mil)	
- Ultrasons, Tomografias e Ressonâncias: 13,4 milhões	
- Procedimentos ambulatoriais: 2,7 bilhões	- Consultas: 610 milhões
- atendimentos odontológicos: 212 milhões	- Internações: 10,8 milhões
- Seções de radioquimioterapia: 9 milhões	- Exames laboratoriais: 403 milhões
- Seções de hemodiálise: 9,7 milhões	- Vacinações: 150 milhões
- Ações de Vigilância Sanitária: 23 milhões	- Partos: 2,1 milhões
	- Seções de Fisioterapia: 55 milhões

Fonte: DATASUS (Banco de dados do Ministério da Saúde) e Sistemas Específicos de Informações em saúde, Ministério de Saúde; 2007.

Quadro 2. Demandas Reprimidas e Doenças não prevenidas

- Sem acesso sistemático aos serviços: 13 milhões de hipertensos, 4,5 milhões de diabéticos e 25% dos tuberculosos, hansenianos e maláricos.
- Sem acesso oportuno à radioterapia: 90 mil portadores de câncer
- Casos novos por ano: câncer ginecológico – 68 mil e AIDS – 33 mil.

Fonte: Ministério da Saúde. Mais Saúde; 2008.

levaria à redução dos casos graves e urgências. Torna-se forçoso reconhecer que a inquestionável e benfazeja inclusão social no sistema público de saúde, espelhada em cifras marcantes de população coberta por equipes de saúde de família, número de equipes e de agentes comunitários de saúde e a produção de ações e serviços, não traduz necessariamente mudança no modelo tradicional de atenção à saúde, e nem mesmo a existência de um processo ou rumo consistente para se chegar a essa mudança, mas sim, mera expansão e “modernização” do velho modelo. Assim sendo, o desafio é de como tomar este movimento e práticas de inclusão como força motriz de mudança do modelo, em alianças estratégicas com outras forças motrizes dentro e fora do sistema público de saúde.

Nestes 20 anos do SUS, a classe média, os trabalhadores sindicalizados e os servidores públicos vão consolidando sua opção pelos planos privados de saúde e fragilizando ou anulando sua participação nas mobilizações a favor do sistema público. Os princípios e diretrizes da Integralidade, da Equidade, da Regionalização e da participação dos conselhos de saúde na formulação de estratégias tem sua implementação dispersada entre poucas iniciativas, pontuais e/ou frágeis e/ou confusas, quando comparada à implementação dos princípios da Universalidade e Descentralização. A concepção estratégica da Equidade enquanto caminho para a Universalidade permaneceu no âmbito de alguns poucos teóricos ou pensadores/estrategistas com

base no ideário da reforma sanitária, o que talvez tenha contribuído para que na grande inclusão social do sistema público de saúde, haja predominado o modelo anterior de atenção à saúde.

Estas milhares de experiências locais exitosas com algumas centenas de milhares de atores envolvidos, somado aos esforços que vem sendo realizados nos últimos anos, de implementação da Regionalização, por conta de secretarias estaduais e municipais de saúde em algumas unidades federadas, revelam um patamar de rumos de construção do SUS ao que tudo indica irreversível, apontando para um futuro de implementação conjunta e articulada de todos os princípios e diretrizes do SUS.

Este futuro permanece contudo a espera de um salto de qualidade ou “virada” estratégica na política pública de saúde, que adote como rumo real o modelo de atenção calçado no conjunto dos princípios e diretrizes do SUS, e para tanto, mude o rumo do atual modelo de gestão atrelado ao subfinanciamento federal, à gestão pública de estrutura atrasada e anti-social, e à promiscuidade da relação público-privado.

As três causas estruturais a serem enfrentadas

O subfinanciamento federal

Comprovou-se como estratégia estruturante desde 1.990, macroeconômica, da financeirização dos orçamentos públicos, com inúmeras intervenções político-administrativas, destacando-se:

- desconsideração da indicação no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social – OSS para o SUS;
- retirada em 1993, da participação da contribuição previdenciária, maior fatia do OSS (Orçamento da Seguridade Social), da base de cálculo do financiamento do SUS, que historicamente era por volta de 25% dessa fatia;
- “passa - moleque” em 1996, de desvio da CPMF recém – aprovada para a saúde, com redução de outras contribuições sociais (COFIN Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira) e CSLL Contribuição Sobre o Lucro Líquido);
- imposição federal em 2000, nas negociações para a aprovação da EC (Emenda Constitucional) n. 29, de calcular sua contrapartida com base na variação nominal do PIB Produto Interno Bruto (que perde para o crescimento populacional e a inflação), pressionando a contrapartida com base em porcentagem da arrecadação, somente para os Estados, DF e municípios, respectivamente de 12% e 15%;
- férrea pressão sobre o Congresso Nacional para não aprovação dos projetos de Lei n. 01/2003 e 121/2007 com base em 10% da Receita Federal Corrente Bruta, escalonados nos quatro primeiros anos em 8,5%, 9%, 9,5% e 10%. Se aprovada a regulamentação conforme dispõem esses projetos, já em 2008 o SUS contaria com aproximadamente R\$ 59,9 bilhões fe-

derais e não os 48.4 dotados, ainda muito aquém dos R\$ 106,6 bilhões federais indicados como mínimo no ADCT (Ato das Disposições Constitucionais Transitórias) da CF, mas com perspectivas de refazer a segurança dos gestores, trabalhadores de saúde e dos conselhos de saúde na retomada do rumo inicial. Para 2009 seriam 69,5, para 2010 seriam 80,5 e para 2011, seriam 94,3 bilhões. Esta férrea pressão, exercida antes da extinção da CPMF (ao final de 2007), prosseguiu, apesar da continuidade no ritmo arrecadatório com compensações no recolhimento do IOF Imposto sobre as Operações Financeiras e CSSL e outras, que possibilitaram a carga tributária (% da arrecadação no PIB) passar de 34,7% em 2007 para 35,8% em 2008. (Quadros 3 e 4);

- apresentação ao Congresso Nacional em 2008 pelo Governo, da PEC (Projeto de Emenda Constitucional) n. 233 da Reforma Tributária que mantém o caráter regressivo e extingue as contribuições sociais, colocando no seu lugar estrutura de impostos que diminuirá ainda mais o financiamento federal da saúde, educação e assistência social.

Esse conjunto de políticas administrativas sob a lógica da financeirização dos orçamentos públicos mantém nosso país entre os pouquíssimos países com financiamento privado na saúde maior que o público, ao lado dos EUA. 60% da carga tributária é de origem federal mas os Estados, DF e municípios vem colocando mais recursos no SUS do que a esfera federal (Quadros 5, 6 e 7).

Quadro 3. Variação da porcentagem da Receita Corrente da União/PIB versus Variação da porcentagem da Despesa do MS/Receita Corrente da União

ANOS	1995	2004
RCU/PIB	19,7%	26,7%
MS/RCU	9,6%	7,5%

Fonte: Ministério da Saúde/Ministério da Fazenda.

Quadro 4. Financiamento Público da Saúde

	% Públ. no Total	Per - Capita Públ. (US/PPC)
Portugal	72,3%	1.472
Espanha	71,4%	1.602
Itália	76,6%	1.894
França	79,9%	2.646
Alemanha	76,9%	2.499
Suécia	81,7%	2.460
Canadá	70,3%	2.402
Japão	82,2%	2.052
N. Zelândia	74,4%	1.720
Austrália	67,0%	2.012
EUA	45,1%	2.862
Brasil	44,1%	333

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2005 (US padronizado pelo poder de compra).

Quadro 5. Percentual do Gasto Público Saúde no PIB

ANOS	2000	2006
Federais	1,73%	1,73%
Estados + Municípios	1,17%	1,74%
Total	2,90%	3,47% *

*Abaixo de Cuba, Argentina, Uruguai, Costa Rica e Panamá (Países europeus, Japão e EUA: 6.5 a 8.5%)

Fonte: Ministério da Saúde/Ministério da Fazenda.

Quadro 6. Percentual de Participação Federal e de Estados + Municípios no Financiamento Público da Saúde 1980-2006

ANOS	1980	2006
Federal	75%	46,7%
Estados + Municípios	25%	53,3%

Fonte: SIOPS – Sistema de Informação dos Orçamentos Públicos de Saúde/IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Ampliada

Quadro 7. Variação do per-capita Federal e do Estadual + Municipal para o SUS, 1995-2004

ANOS	1995	2004
Federal	85,7 US\$	62,3 US\$
Estados + Municípios	44,1 US\$	75,5 US\$

Fonte: SIOPS/SCTS/MS (Conversão ao dólar médio anual).

Tal estratégia federal estruturante, no âmbito da financeirização dos orçamentos públicos, não justifica mas contextualiza reação adversa de vários Estados que ainda não cumprem a obrigação Constitucional do mínimo de 12% dos seus impostos para a saúde e/ou desoneram com recursos do SUS outros setores, como pagamento dos servidores inativos, saneamento básico e outros, sob a complacência federal do Executivo, do Legislativo e do Judiciário.

A reforma do estado inconclusa e o predomínio do velho modelo de gestão pública

Após as primeiras mudanças positivas no modelo de gestão pública da saúde, ainda no âmbito sistêmico, até 1994, o processo reformista não prosseguiu com a mesma lógica no âmbito da gestão/gerência da prestação de serviços públicos. No âmbito sistêmico foram criados até 1994, os fundos de saúde com os repasses fundo a fundo, as comissões intergestores (Tripartite e Bipartite), a extinção do INAMPS que propiciou a direção única em cada esfera de governo, e a implementação de intensiva descentralização de responsabilidades, com ênfase na municipalização, e a criação dos conselhos de saúde nos Estados, DF e Municípios. No âmbito da direção/gerência da prestação de serviços, os gestores descentralizados e seus conselhos de saúde viram-se frente às heranças seculares da administração pública direta e indireta, do centralismo, burocratismo, patrimonialismo e cartorialismo, com insustentável lentidão de respostas às necessidades e demandas populacionais e desperdício de recursos nas atividades – meio em detrimento das finalísticas.

Um vasto, confuso e anacrônico cipoal de leis, decretos, portarias e

resoluções acumulados de forma centralizada há um século, e respectivas jurisprudências, não raro conflitantes entre si, balizam as decisões político – administrativas referentes à peça orçamentária, à execução orçamentária, às lógicas do investimento e do custeio (quase sempre desarticuladas entre si), às licitações, aos concursos públicos, à gestão do pessoal e do trabalho em saúde (estatutários, celetistas e terceirizados, indistintamente precarizada, o que é agravado pelo conflito entre limitações impostas pela lei da Responsabilidade Fiscal, e a Lei Orgânica da Saúde). A fundamental responsabilidade do Planejamento em regra permanece distorcida e periférica por apoiar-se mais em séries históricas de demanda moldada por oferta centrada em interesses, na maior parte descolados das necessidades reais da população. Esta situação anacrônica que predomina na administração pública direta e indireta e no modelo de gestão pública do SUS, pode e deve ser superada por meio de reforma do Estado e da gestão pública “por dentro do Estado”, o que ainda não aconteceu, e isso é importante causa da dificuldade “deste” Estado dar conta da implementação plena dos avanços Constitucionais.

A reforma “por dentro do Estado” possibilitaria ao gestor estadual e municipal do SUS relacionar-se de modo mais consequente com a direção/gerência das unidades públicas prestadoras de serviços integrais de saúde (promoção, proteção e recuperação), com os balizamentos:

1. Estabelecimento de metas anuais de produção/utilização de serviços conforme as necessidades da população por atenção integral e equitativa à sua saúde, de acordo com as realidade regionais ou microrregionais; (a)
2. Pactuação com o Conselho de Saúde de indicadores de qualidade dos serviços, satisfação dos usuários, de prioridades e etapas de acordo com a disponibilidade de recursos financeiros, assim como o método de cálculo dos custos dos serviços; (a)
3. Repasse de recursos para a unidade pública prestadora de serviços de acordo com o cumprimento das metas pactuadas e indicadores de qualidade, a valores não inferiores aos custos do serviço; (a)
4. Remuneração dos serviços com base no cumprimento das metas pactuadas ficando o pagamento por produção (tabela) sob excepcionalidades a serem definidas e orientadas;
5. Caracterização das unidades públicas prestadoras de serviços de acordo com as diretrizes gerais da Tripartite e estaduais das Bipartites, no âmbito da promoção, proteção e recuperação da saúde, segundo sua densidade tecnológica e porte gerencial;
6. Regramento dos concursos públicos e outros processos seletivos e dos planos de carreiras, cargos e salários, para os estatutários e para os celetistas de acordo com as diretrizes gerais da Tripartite e estaduais das Bipartites, inclusive quanto a indicadores de desempenho na remuneração dos trabalhadores de saúde, como também, medidas efetivas garantidoras da responsabilidade dos trabalhadores de saúde perante o direito à saúde e pelo cuidado de promoção, proteção e recuperação oportunas à saúde

a. Extensivos aos prestadores privados complementares.

de cada usuário do SUS e da coletividade adscrita;

7. Estabelecimento de autonomia gerencial para as unidades públicas prestadoras de serviços, delimitada e direcionada para a realização da Universalidade conjugada com a Integralidade e Equidade, da alta resolutividade na Atenção Básica à Saúde, para a inserção na articulação e funcionamento das redes regionais de cuidados integrais à saúde, e da despreciação da gestão do trabalho na saúde tanto nos servidores estatutários como nos celetistas, alterando inclusive a Lei da Responsabilidade Fiscal, e excepcionando a gestão descentralizada do SUS;
8. Contrato de metas ou de gestão entre o gestor do SUS (esfera de governo) e a direção/gerência da unidade pública prestadora de serviços. (a)

Essa reforma “por dentro” do Estado diz respeito necessariamente à efetivação da atuação dos gestores e conselhos de saúde, na formulação de estratégias nas três esferas de governo, assim como do acompanhamento e controle da prestação de serviços de modo pró-ativo, no decorrer da própria prestação, por meio de indicadores a serem observados, e não somente de relatórios de estatísticas de serviços já prestados e relatórios de gestão. Quanto à atuação dos conselhos de saúde na formulação das estratégias e controle da execução das políticas, o maior desafio é o de focar nessa atribuição as causas estruturais da não implementação por igual do conjunto dos princípios e diretrizes do SUS, o que vem desviando o seu rumo para um SUS pobre para os pobres e complementar para os afiliados aos planos privados.

Os exemplos acima dizem respeito também à reforma da gestão pública da saúde “por dentro do Estado”, tornando-a mais republicana e social e por isso, capaz de implementar efetivamente os avanços constitucionais. A gestão pública assim fortalecida e experiente, definiria então as responsabilidades públicas operacionais que poderiam ou não ser delegadas em caráter complementar a entes privados sob contrato de gestão com o gestor do SUS e respectivo controle e regulação, sem “satanizá-los” de privatização do Estado. Contudo, em 1995/1997, foram criados entes privados (OSS – Orçamento da Seguridade Social, OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) e outros) que passaram a receber delegações de responsabilidades estatais, para operarem capacidade instalada estatal, cujo Estado é reconhecidamente limitado, inexperiente e frágil enquanto contratante, e permanece não reformado. A essa precipitada criação de novos entes privados deu-se o nome capcioso de Reforma do Estado, por governantes deslumbrados com a panacéia das privatizações antinacionais e anti-sociais dos anos 90. Serviu na saúde, para contemporizar e desfocar as atenções, da grave crise da gestão dos hospitais públicos, com a apresentação de algumas “vitrines” de gerência moderna. Bem anteriormente e de modo mais vulnerável aos interesses de mercado, as Fundações Privadas de Apoio aos hospitais públicos universitários, vinham de alguma maneira cumprindo papel similar.

Como a história da sociedade e Estado não é linear e esta inversão já está dada, talvez o desafio da implementação do SUS deva ser redobrado para efetivar a reforma “por dentro do Estado” e no percurso, em correlação de forças sociais e

políticas mais favoráveis, retomar com novo foco a questão das fundações privadas de apoio, das OSS e OSCIPs, cuja acumulação de experiências gerenciais e de geração e incorporação de tecnologias não deve ser subestimada, com vistas à sua desprivatização ou torná-las efetivamente complementares do planejamento e realização do sistema público. Seria como incorporar essas “vitrines” na lógica da construção do sistema público em todos os níveis da atenção integral, readeguando seus modelos gerenciais, e generalizando-as para “vitrines” de sistemas regionais de saúde. É nesse contexto e perspectiva que nos parece ser debatida e direcionada a criação de fundações estatais de direito privado ou similares.

Cabe por final, lembrar que as características atrasadas e anacrônicas do Estado brasileiro referidas neste item, são antes disso, as características da própria sociedade brasileira, onde se disputa o poder de modo fragmentado, corporativista e individualista, e onde o Estado é o instrumento mais eficaz para o exercício do poder, e não mais que instrumento.

A promiscuidade da relação público-privado

A mesma estruturação histórica anacrônica do Estado brasileiro referida anteriormente, principalmente no Executivo Federal com conotações ainda imperiais, e também no Legislativo e Judiciário, mantém larga e obscura rede de entrelaçamentos entre a coisa pública e a coisa privada, desde os particularismos, corporativismos, nepotismos próprios do patrimonialismo e burocratismo, que vicejam como cultura da própria sociedade, marginalizando a coisa pública (Res-pública), até a franca e incontrolada ingerência dos *lobbies* de mercado e nos últimos anos, do sistema financeiro e especulativo.

Na saúde, sob influência do modelo dos EUA após a segunda guerra mundial, a compra estatal de bens e serviços no mercado vem sendo crescente e no caso dos serviços médico – hospitalares, por produção mediante tabela de procedimentos, com valores na maior parte subestimados perante os custos, enquanto método grotesco e atrasado de ajuste às disponibilidades orçamentárias públicas. Nos anos 60 e 70 empréstimos federais subsidiados à construção e equipagem de hospitais e laboratórios privados, atrelados à imediata contratação pela Previdência Social, para prestação de serviços aos trabalhadores do mercado formal, repercutiram em explosiva expansão da rede privada e desastrosa precarização dos hospitais e ambulatórios próprios da Previdência Social, assim como o desvirtuamento da ampla e importante rede social de hospitais filantrópicos e beneficentes que passaram a depender crescentemente dos contratos com a Previdência Social e das leis de mercado sob pressão dos corpos clínicos fragmentados pelo liberalismo das especialidades médicas. Nos anos 70 e 80 iniciou-se a criação de fundações privadas de apoio, vinculadas a hospitais universitários públicos, passando a vender serviços públicos no mercado e criando no mesmo hospital uma segunda porta de admissão, com menor espera e maior conforto de acolhimento. A partir dos anos 90 as empresas operadoras de planos privados, que a partir do ABC paulista expandiam-se normalmente, tiveram essa expansão geometricamente estimulada pela área econômica dos governos desde então e pela “onda” dos nichos de mercado, quando os convênios coletivos dessas operadoras com empresas industriais e comerciais passaram também a visar a contenção dos gastos previdenciários com

saúde dos trabalhadores e a partir de 1990 de toda a população, com o Orçamento da Seguridade Social. Essa expansão chegou a mais de 2000 operadoras nos dias de hoje (Em 2007, 106 delas estavam registradas como filantrópicas), com a qualidade da assistência prestada crescentemente regulada e mantida pela Agencia Nacional de Saúde – ANS – restando ainda quase ¼ dos afiliados às operadoras, com assistência insatisfatória ou precária. Com aproximadamente 43 milhões de afiliados (23% da população). Os principais instrumentos desse estímulo foram desonerações financeiras aos agentes de mercado: prestadores de serviços médico – hospitalares privados, consumidores e intermediários (operadoras dos planos privados). Exemplos:

- a) não ressarcimento pelas operadoras ao SUS dos gastos públicos com afiliados das operadoras assistidos pelo SUS, conforme dispõe a Lei;
- b) contrapartida de recursos públicos no financiamento de planos privados dos servidores da administração direta e indireta, incluindo as estatais, o Congresso Nacional e os Tribunais Superiores do Judiciário e do Legislativo;
- c) dedução no IRPF e IRPJ dos gastos com saúde no mercado;
- d) isenções de contribuições sociais para operadoras e hospitais filantrópicos e beneficentes de maior porte (quando credenciados por operadoras de planos privados).

Pesquisas em andamento (Receita Federal, IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, DATASUS, Sistemas de Informações em Saúde/Ministério da Saúde e outras) indicam que a soma dos valores dessas desonerações a custa de recursos públicos, ultrapassou

em 2008, o valor correspondente à diferença entre os 8,5% da Receita Corrente Bruta da União, pleiteados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira para a regulamentação da EC – 29 (aprovados no Senado e em três comissões da Câmara dos Deputados), e o orçamento do Ministério da Saúde. Em outro ângulo, esta soma de valores corresponde a mais de 20% de todo o faturamento anual do conjunto de todas as operadoras privadas de planos e seguros de saúde.

A desregulamentação e promiscuidade na relação público-privado é também ressaltada no fluxo de demanda de afiliados dos planos privados nos serviços do SUS de maior complexidade e custos, com filas e esperas tanto menores quanto maiores são os preços dos planos privados e extratos sociais dos afiliados. É ressaltado também na superposição (72% dos hospitais privados credenciados pelas operadoras de planos privados), com contratos pelo poder público para usuários do SUS, com diferentes valores, burocracias, contabilidades, condutas e critérios de provisionamento pelo prestador (Quadros 8 a 11).

Enfim, os limites e interfaces entre o interesse e métodos de caráter público e o de caráter privado em nosso país encontram-se ainda extremamente indefinidos, obscuros e sem fóruns de representações legítimas da sociedade e Estado, capazes de debater democraticamente esses limites, o papel do Estado, o papel do mercado, o pacto social e os marcos regulatórios com transparência e participação social. Uma simulação inicial para reflexão sobre este ângulo, no contexto de uma virada, seriam um conjunto de providências político – administrativas do Governo Federal, de implementação simultânea por etapas pactuadas, de:

- a) os 8 balizamentos propostos no sub-capítulo anterior (tópico III, item B), para superação do velho modelo de gestão pública, que por si inicia redefinição da relação público – privado, por conta da simples ocupação pelo Estado da sua natureza pública;
- b) redução dos atuais mecanismos gerenciais e administrativos facilitadores da promiscuidade da relação aqui exemplificada, inclusive as polpudas desonerações (subsídios públicos) aos agentes de mercado dos planos e seguros privados de saúde, recambiando esses os recursos para a implementação dos 8 (oito) balizamentos referidos;
- c) no processo de redefinição das relações, substituir a promiscuidade predatória por identificação de áreas de interesses comuns ao público e ao privado de forma transparente, participativa, negociada e pactuada, por exemplo: produção de serviços com economia de escala que viabiliza menores custos e maior controle de qualidade, mas mantendo investimentos estratégicos destinados à acessibilidade da população não coberta pela escala; pesquisa tecnológica; avaliação tecnológica; protocolos de condutas diagnósticas e terapêuticas e outros.
- Nessa linha torna-se decisiva a definição de responsabilidades, em dimensão nacional, de atuação na formulação de estratégias, incluindo a da regulação ao nível setorial (público e privado na saúde), por parte da comissão intergestores Tripartite (Ministério da Saúde, CONASS – Conse-

Quadro 8. Capacidade Instalada Assistencial

	Públ.	Priv.
Hosp.	38%	62% (Contrat. SUS: 69,%)
Leitos	34%	66% (Contrat. SUS: 65,%)
SADT	8%	92%
Ambul.	75%	25%

Fonte: AMS/IBGE; 2005

Provisão das Internações

SUS – 70%

Operadoras Priv. – 25%

Gasto direto – 5%

Fonte: PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar)/IBGE; 2005.

Quadro 9. Equipamentos Médicos/100.000 hab.

	SUS	Saúde Supl. (Pl. Priv.)
Mamografia	0,91	4,46 (4,9 vezes)
Ultrassom	3,89	20,17 (5,1 vezes)
Lipto. Trip.	0,16	0,65 (4,0 vezes)
Tom. Comp.	0,59	2,46 (4,1 vezes)
Ress. Mag.	0,13	0,87 (6,8 vezes)
Radiot.	0,16	0,27 (1,6 vezes)
Med. Nucl.	0,08	0,13 (1,6 vezes)
RX Hemod.	0,19	0,53 (2,7 vezes)
Hemodiálise	7,40 (3 vezes)	2,47

Fonte: AMS, IBGE; 2005.

Quadro 10. Distribuição da Afiliação a Planos de Saúde pelos Decis de Renda

	Pl. Priv.	Pl. Públ. *	Somente SUS
- 10% de menor renda	1,3%	1,0%	97,7%
- 10 % de maior renda	31,1%	28,6%	5,9%

*Autogestões governamentais

Oferta de leitos por 1.000 hab.

Pl. Priv – 2,90/1.000 (superpõe os contratados pelo SUS)

SUS – 1,81/1.000 (inclui os contratados)

População Internada e Atendida em Ambulatório (%)

População Total: 7,0% e 14,2%

Pl. Priv.: 8,3% e 19,7%

Somente SUS: 4,7% e 8,1%

Fonte: PNAD, IBGE; 2003.

Quadro 11. Percentual de Afiliados a Planos Privados nos Atendimentos do SUS

- Atendimento Ambul. – 7,0%
 - Exames Complementares – 8,4%
 - Procedim. Alta Complexidade – 11,6%
- Internações – 6,7%
 - Cirúrgicas – 9,0%

Fonte: PNAD, IBGE; 2003.

lho Nacional de Secretárias de Saúde, CONASEMS – Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde), por parte do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e por parte da Agência Nacional de Saúde (ANS), e quais as relações a serem construídas entre a CIT – Comissões Intergestores Tripartite, o CNS e a ANS, no amplo espaço já dado pelos atos legais que os criou.

A política de saúde dominante a partir de 1990: é possível uma “virada”?

Os dois modelos emblemáticos de políticas públicas de Estado convivem complementarmente em praticamente todos os países: o de transferência de renda que subsidiava com recursos públicos a faixa populacional de menor renda para que ela integre o mercado de consumo de bens e serviços essenciais à sobrevivência, e o da organização e funcionamento de sistemas públicos de oferta universal de serviços essenciais com base nos direitos humanos, como saúde, educação, previdência social, segurança pública, saneamento básico, meio ambiente e outros. Os dois modelos são comprovadamente imprescindíveis e a tendência mundial constatada é a de predominar os sistemas públicos universais, de acordo com o grau de consciência social dos direitos, da democratização do Estado, do controle social e do próprio processo civilizatório. Esta tendência encontra-se tipificada no modelo “europeu” que além de quase todos países europeus abrange o Canadá, Costa Rica, Panamá e se estende hoje à Austrália e Nova Zelândia. Influenciou fortemente o Brasil nos anos 80 no bojo da grande mobilização social pela democratização do Estado, no amplo debate nacional e na aprovação da Constituição Federal e seu capítulo da Ordem

Social onde figurou a Seguridade Social e o SUS (Quadro 12).

A partir de 1.990 desembarca explicitamente em nosso país a então irrefreável onda internacional da globalização neoliberal, da financeirização dos orçamentos públicos e do Estado mínimo (para as políticas sociais e de desenvolvimento sustentado) (Quadros 13 e 14).

O recém-criado SUS tem sua implementação desde então circunscrita à contra-hegemonia perante uma outra hegemonia emergente, abordada nos tópicos II e III. Esta hegemonia significa a retomada do modelo estadunidense de políticas públicas, com base na compra de bens e serviços de saúde

no mercado (em nosso país, acrescida de compras públicas), que aqui vinha se instalando após a 2ª guerra mundial, de modo rude, e que após 1.990 desenvolve-se com maior competência estratégica. Não por outro motivo, observa-se no decorrer dos últimos 20 anos, predominância crescente no discurso oficial midiático, da transferência de renda aos mais pobres como o grande sucesso, quase sinônimo de “Políticas Sociais”, ao lado de citações evasivas, inconsistentes e pontuais, nos momentos de crises agudas, com respeito às políticas públicas voltadas para sistemas públicos de atenção universal: saúde (SUS), educação, segurança pública, transporte público, habitação e outros.

Quadro 12. Dias trabalhados/ano para pagar (*) em 2008

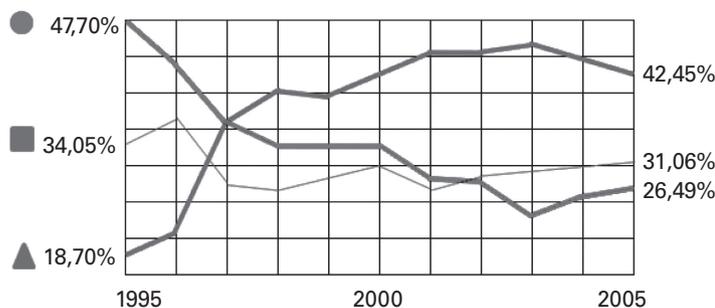
Tributos às três esferas de governo	157
Saúde, Educação, Previdência, Segurança, Pedágio	117 (**)

(*) População brasileira de renda mensal entre R\$ 3.000,00 e R\$ 10.000,00 (para fins comparativos com a população da França, Inglaterra e Suécia. Nestes países o acesso aos serviços desses cinco sistemas públicos são assegurados com qualidade a toda a população pelas políticas públicas de Estado).

Fonte: Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário.

Quadro 13. Financeirização dos orçamentos Públicos (Percentual nos gastos do Orçamento Geral da União de 1995 – 2005)

- Saúde, Educação, Saneamento Básico, Segurança Pública, Habitação, Cultura, Justiça, Transporte, Energia, Def. Nacional
- Previdência Social
- ▲ Encargos da Dívida Pública, Outros Gastos Financeiros



Fonte: Orçamento Geral da União 1995/2005.

Quadro 14. Relatório Banco Mundial 1995

1. Desaconselha a Descentralização com Acesso Universal e Equidade porque não haverá recursos governamentais.
2. Propõe revisão Constitucional e Institucional para:
 - 2.1 – fortalecer os Estados para assumirem os serviços assistenciais clínicos, fugindo da inexperiência e corrupção das Secretarias Municipais de Saúde;
 - 2.2 – assunção pelo governo federal do papel de regulamentar políticas de contenção de custos e de restrição do acesso, e estimular o copagamento e a instituição de mercados internos nos sistemas públicos;
 - 2.3 – extinguir a preferência às entidades filantrópicas sem fins lucrativos;
 - 2.4 – estimular a ampliação de planos e seguros privados;
 - 2.5 – reduzir os investimentos públicos em assistência médica e enfatizar as ações preventivas;
 - 2.6 – focalizar os serviços públicos à população pobre e para tanto reformar instituições o sistema financeiro;
 - 2.7 – Aumentar a produtividade e limitar a tecnologia ou o acesso à tecnologia.

Fonte: Adaptado por Rizzoto ML; 2000.

Os justos e bem sucedidos programas de transferência de renda: Bolsa – Família (mais de 12 bilhões de reais anuais para mais de 12 milhões de famílias), o Benefício de Prestação Continuada (mais de 19 bilhões anuais para mais de 4 milhões de idosos e portadores de deficiências abaixo da linha da pobreza), a atualização do salário mínimo e outros, em sociedade das mais desiguais do planeta, até deveriam ser mais volumosos, inclusive por contribuírem marcadamente na imprescindível ativação do mercado interno. Outra transferência de renda, por meio de outros mecanismos, cresceu exponencialmente nestes 20 anos, contemplando uma “nova classe” caracterizada neste mesmo prazo: os credores e rentistas da dívida pública, no âmbito da hegemonia financeira, para os quais vêm sendo escoados entre 160 e 170 bilhões de reais ao ano. Destaque iniludível nestes 20 anos, é o de que a área econômica (alguns ministérios) de todas as gestões governamentais desde 1.990, nucleou as reais

políticas públicas de Estado, mais presentes nas entrelinhas do que nas linhas da Constituição de 88. Entre os graves equívocos e/ou justificativas da área econômica, está a de que a duplicação e complementaridade entre os sistemas público e privado de saúde, geram como argumentam, redução das pressões da demanda ao sistema público e consequentes pressões pelo seu financiamento mais justo, ao contrário do que vem indicando pesquisas no âmbito da OCDE – Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico, que abrange os países mais desenvolvidos e alguns em desenvolvimento.

Reforma do Estado para o século 21

“As forças de mercado, embora imprescindíveis na geração de oportunidades, mostram-se insuficientes para garantir o acesso a todos. Não há dúvidas de que, neste contexto, a presença renovada do Estado se faz necessária. Mas que Estado? Um equívoco seria tratar o

Estado com as mesmas premissas do século passado. ” Novas premissas (essas premissas implicam em mudança de relação Sociedade – Estado e de Reforma do Estado para o século 21.):

- “promoção da isonomia nas condições de competição no mercado, reinventando-o;
- matriciamento territorial das políticas públicas universais de saúde, educação, trabalho, transporte e outras;
- reforma tributária progressiva diminuindo a incidência na produção e consumo e aumentando nas novas formas de riqueza e no patrimônio;
- renovação do sistema de financiamento público e dos fundos públicos, o estatal e o comunitário, em função das realidades socioeconômicas do século 21.

Reflexões e proposições finais

Como desencadear e avançar, hoje, nas entidades da sociedade civil e nos formadores de opinião, incluindo os trabalhadores sindicalizados, os servidores públicos e a classe média, o debate dos direitos sociais além dos direitos corporativos e individuais, tal qual se avançava nos anos 80?

Como esses fortíssimos segmentos da sociedade, decisivos para o sucesso da implementação da política pública de saúde, a partir das suas próprias expectativas e posicionamentos nos anos 80, avaliam os posicionamentos, reivindicações e lutas sociais dos seus congêneres em países como Portugal, Espanha, França, Inglaterra, Alemanha, Canadá, Suécia e tantos outros?

Como avançar na formação da consciência das necessidades e dos

b. Extraído do artigo de Pochmann M. A hora e a vez do Estado. Rev Desafios Desenvolvimento, IPEA; 2009.

direitos humanos? – E na consciência do pertencimento no âmbito da política pública de saúde?

Qual o imaginário, esperanças e disposições nos segmentos da sociedade, hoje, quanto ao interesse público, ao Estado e seu papel, e à democratização do Estado?

Como promover a adesão ao debate, à dúvida e à busca coletiva de um projeto nacional de desenvolvimento?

Os debates públicos em torno das plataformas eleitorais para o Legislativo e para o Executivo, especialmente ao nível nacional constituem espaços fundamentais para formulação de compromissos, objetivos e metas? Como as entidades da Reforma Sanitária, e dos movimentos sociais, as Fundações dos partidos mais expressivos e os Conselhos de Saúde participaram desses debates e pressões, nos processos eleitorais de 1988 e 2002? Após os balanços recentes dos 20 anos do SUS, entre o instituído em 1988/1990 e o “real” há espaços a serem construídos em 2010?

Em recente pesquisa social do PNUD/ONU no Brasil, em amostra de 500 mil brasileiros, foi incluída a pergunta aberta: “O que deve mudar no Brasil para sua vida melhorar de verdade?” Consolidado das respostas: “Respeito, justiça, paz, ausência de preconceito, humanidade, amor, honestidade, valor espiritual, responsabilidade e consciência”. Esta resposta revela surpreendente expectativa por novos valores sociais, mas ainda dispersa e desencantada enquanto chama motriz dos movimentos coletivos.

Um dos elevados sentidos do Programa Nacional de Humanização no SUS, desenvolve-se neste fundamental espaço coletivo.

Quanto à retomada do rumo traçado pela Constituição e Lei Orgânica da Saúde, com as necessárias forças político-sociais para avançar, é oportuno lembrar que os 20 anos de esforços ainda contra – hegemônicos coerentes com esse rumo, “tirando água das pedras”, acumularam inestimável capacidade de gestão especialmente na gestão descentralizada, que se encontra espelhada no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, debatido por mais de um ano e aprovado em Fevereiro/2006 pelos Gestores e Conselhos de Saúde nas três esferas de Governo. As disposições de avanços em estratégias e gestão constantes nesse pacto histórico, vem conseguindo “juntar os cacos” resultantes da atual política hegemônica referida nos tópicos II e III, assim como aprofundar alianças a favor do SUS e delinear amplo leque de objetivos e meios, entre os quais, as alternativas coerentes com o “SUS Constitucional” também referidas nesses capítulos.

O eixo estratégico no componente Gestão desde pacto é a realização da diretriz Constitucional da Hierarquização/Regionalização – implementação de redes regionais de cuidados integrais à saúde – que vem exigindo da Tripartite o esclarecimento e a competência de pactuação de diretrizes gerais a nível nacional, balizadoras da autonomia das Bipartites formularem diretrizes, estratégias e pactuações

orientadoras da implementação das redes regionais, consonantes com as realidades de cada Estado e região (sócio – econômicas, demográficas, epidemiológicas e da capacidade instalada do SUS). O avanço do processo da organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional – CGRs – vem revelando a importância da Bipartite também assumir o esclarecimento e a competência de pactuação de diretrizes gerais a nível estadual, balizadoras de autonomia dos CGRs formularem estratégias e pactuações consonantes com as realidades e singularidades regionais e microrregionais. O avanço deste processo vem se dando de modo não linear, tenso e muitas vezes dúbio, devido a permanência da hegemonia do subfinanciamento, reforma do Estado paralisada e promiscuidade da relação público – privado.

Quando amadurecerem e aproximarem as condições para a “virada”, haverá provavelmente uma agradável surpresa: a capacidade de gestão já acumulada, acrescida das inovações (algumas já aqui delineadas), proporcionarão bases de financiamento menores que as vigentes nos países com sistemas públicos avançados (Quadro 4). Em simulação aproximada desta previsão, ao dobrarmos os US\$ per – cápita em primeira meta (333 para 666) e triplicarmos em segunda meta (666 para 999), estaremos muito provavelmente nivelando o modelo de atenção e de gestão entre os melhores do mundo, sem exigência obrigatória de chegar à média dos US\$ 2.000 verificada no “modelo europeu”.

BIBLIOGRAFIA

1. Albuquerque C, et al. A situação atual do mercado na saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(5).
 2. Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(5).
 3. Bahia L. A questão democrática na área da saúde no Brasil do século 21. Rev Saúde Debate. 2009;33(81).
 4. Campos GWS. Modo de co-produção Singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. Rev Saúde Debate. 2009;33(81).
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do SUS: avanços, desvios e reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
 6. Fleury S. Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois. Rev Saúde Debate. 2009;33(81).
 7. Marques BM. Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação. Rev Saúde Debate. 2009;33(81).
 8. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. Rev Saúde Debate. 2009;33(81).
 9. Ocké – Reis CO, Andreazzi MFS, Silveira FG. Mercado de Planos de Saúde no Brasil: uma criação do Estado? Rev Economia Contemporânea. 2006;10(1).
 10. Ocké – Reis CO, Sophia DC. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. Rev Saúde Debate. 2009;33(81).
 11. Santos IS. O Mix Público – Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada [tese]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOcruz; 2009.
 12. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(5).
 13. Santos L, Andrade LO. Vinte Anos do SUS: O Sistema de Saúde no Brasil no Século 21. Rev Saúde Debate. 2009;33(82).
 14. Santos NR. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. Rev Saúde Debate. 2009;33(81).
 15. Silva SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. Rev Saúde Debate. 2009;33(81).
 16. Rizzoto ML. O Banco Mundial e as políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
 17. Pochmann M. A hora e a vez do Estado. Brasília: IPEA; 2009. Disponível em: <http://desafios.ipea.gov.br>
-

*Recebido em 13 de outubro de 2009
Aprovado em 8 de dezembro de 2009*