

Eis algumas das possibilidades para se efetivar no cotidiano da cidadania os preceitos expressos na Constituição Federal, especialmente a saúde como direito, e desta forma firmar o Brasil definitivamente no grupo das nações que garantem aos seus cidadãos sistemas universais de saúde, estes uma grande conquista do século XX que, no campo das políticas sociais, se consagrou como a era da construção dos direitos sociais nos países mais industrializados.

Por fim, cabe uma nota a assinalar o prazer do debate com o autor do texto, uma figura humana comprometida com suas idéias, aberto à crítica e ao debate fraterno mesmo diante das discordâncias, mas acima de tudo comprometido com a idéia política da solidariedade social, expressa na defesa intransigente da universalidade do sistema de saúde como corolário de um dos atributos que mais se orgulha e proclama, a de militante da saúde e, acrescento, referência humana e política no movimento da reforma sanitária brasileira.

Referências

1. Viana AL, Silva HP, Elias PE. Economia política da Saúde: introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate* 2007; 37:7-20.
2. Abrucio FL. *Os laços federativos brasileiros: avanços, obstáculos e dilemas no processo de coordenação inter-governamental* [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Ciência Política/Universidade de São Paulo; 2000.
3. Elias PE. *Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político institucional* [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Medicina Preventiva/Universidade de São Paulo; 1996.
4. Machado CV. *Direito Universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República; 2007.

O autor responde

The author replies

O fragor e tensão da militância comprometida com a implementação de políticas públicas de direitos sociais em nosso país abre brechas de manifestações fraternas, afetivas e cúmplices que integram, ao lado dos reparos e ensinamentos, o conjunto de estímulos e confirmações de continuidade. Cumplicidades dos comentaristas à parte, registramos o elevado nível dos comentários e

contribuições à temática e impasses que levantamos. Ousamos consolidá-los e aqui expor no viés em que captamos algumas anotações que abordam aspectos de alguns vazios detectados nos comentários, como os limites do movimento da reforma sanitária, a relação público-privado na saúde, a relação do federalismo com a regionalização e a modernização da gestão estatal. Simplesmente anotações e não extensão do artigo.

1. Quanto ao movimento da Reforma Sanitária: o movimento da reforma sanitária iniciado logo após 1975 em nosso país integrou um leque social mais amplo, o das lutas pelas liberdades democráticas e do movimento sindical que se rearticulava na época, acrescidos a seguir dos movimentos sociais que pressionavam a Assembleia Nacional Constituinte. Contudo, reconhecidos avanços na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987/1988), na Constituição (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (1990) foram acompanhados de crescente estreitamento desse leque social, para o âmbito setorial da saúde, na vertente institucional do ensino e da gestão dos serviços e na vertente das entidades da sociedade civil ligadas à saúde. A conquista do princípio constitucional da Participação da Comunidade e da Lei nº 8142/90 que dispôs sobre as conferências e conselhos de saúde convalidava a visão da ampla participação social no movimento da reforma sanitária, e na formulação das políticas e estratégias na saúde. Mas a tendência manteve-se no estreitamento setorial do movimento, em mudanças de aparelhos de Estado na saúde, em negociações junto ao Legislativo, ocupação de espaços no Executivo e graus maiores ou menores de corporativização e/ou partidarização nas conferências e conselhos de saúde. Cremos ser extremamente oportuno o aprofundamento e ampliação deste debate no meio acadêmico, nos conselhos de saúde e nos movimentos sociais.

2. Quanto à relação público-privado e algumas decorrências: sabe-se que a demarcação do que é público e privado e da dinâmica da coexistência entre os interesses e instituições públicas e privadas tem relação com o pacto social entre os diferentes segmentos da sociedade civil e destes com os aparelhos de Estado, que por sua vez tem relação com os valores sociais prevalentes e o grau de consciência coletiva dos direitos sociais, dos rumos do modelo do desenvolvimento, da democratização do Estado e mobilizações decorrentes. Em sociedades nas quais estas questões encontram-se mais avançadas, com nível reconhecidamente mais elevado do processo civilizatório, o pacto social e federado construído e cele-

brado intensivamente desdobra-se no permanente cotidiano da sociedade e Estado, em vigilância eficaz contra retrocessos e por aprimoramentos. É o paradigma da *res-pública*.

Tivemos no Brasil auspicioso período pós-ditadura, com crescente mobilização da sociedade civil nos anos oitenta e ápice no processo constituinte em 1987/1988, quando novo e avançado pacto social e federado consagrou princípios e diretrizes com base nos direitos de cidadania e cuja implementação apontou para adequação e reforma dos aparelhos de Estado, incluindo legislação infraconstitucional.

Mas, a partir de 1989, outro processo concomitante acontecia, que foi a reaglutinação dos segmentos sociais dominantes em reação aos pequenos espaços cedidos na década, o que implicou a hegemonia assumida do sistema financeiro nacional/internacional, da especulação, da dívida pública crescente com altíssima taxa de juros, do Estado mínimo (para respaldar o desenvolvimento e proteger os direitos sociais), do Estado máximo (para arrecadar, pagar juros e terceirizar funções inabdicáveis), tudo sob a glorificação do mercado.

Ao histórico sindicalismo trabalhista brasileiro, pelas centrais sindicais, foram sendo acrescentados desde a década de 1990, o sindicalismo de resultados e, por fim, o de negócios. Não por coincidência, cresce desmesuradamente o número de empresas de planos privados de saúde que ampliam agressivamente seu mercado de consumo para todos os segmentos médios da sociedade, incluindo os servidores públicos, e também não por coincidência, neste mesmo período até os nossos dias, a retração da contrapartida federal mantém o SUS extremamente subfinanciado.

É por volta de 1994 que se evidencia não só o arrefecimento das perspectivas e esperanças iniciais das camadas médias e dos servidores públicos em relação ao pertencimento do SUS, como também um retrocesso na consciência social de direitos e pleitos, que se voltam por meio das entidades classistas para os planos privados de saúde, preferentemente quando regulados e subsidiados pelo Governo.

Este processo intensifica-se em 1995 com a assunção pelo Governo Federal de “reforma do Estado” calcada no ideário do Estado mínimo, com simultânea, insidiosa e contínua ação midiática com base nos valores do consumismo e competitividade corporativistas e individualistas, e prossegue a partir de 1998 com a Lei nº 9656/98 que dispõe sobre o mercado na saúde e de 2000 com a lei que cria a Agência Nacional de Saúde autônoma em relação ao SUS.

A pouca clareza e delimitação entre os interesses públicos e privados em nossos aparelhos de Estado mantém historicamente um constrangimento dos interesses públicos quando comparamos com nações em maior grau de desenvolvimento e do próprio processo civilizatório. Salvo desconhecimento da nossa parte, nesses países as jurisprudências e legalidades firmadas no campo do direito público estariam mais avançadas e expandidas para respaldar as autonomias gerenciais dos estabelecimentos públicos de prestação de serviços essenciais e contratos de metas com qualidade, sem obrigação de valer-se, para tanto, de instrumentos do campo do direito privado, a não ser situações especiais complementares e com controle público. Por outro lado, o direito privado não é por definição área jurídico-legal destinada exclusivamente a respaldar o mercado e menos ainda sua predação da coisa pública (*res-pública*); sua abrangência vai muito além do mercado, incluindo entidades privadas sem fins lucrativos que atendem o interesse público e social, e também, toda a dinâmica e a vida da sociedade civil, com o destaque que, sem a ativa participação da sociedade civil na formulação e controle das políticas públicas de Estado, não haveria construção do Estado democrático.

Quanto ao controle e regulação, os paradigmas ainda predominantes de controle e auditorias na esfera federal encontram-se mais atrelados aos legalismos federais do subfinanciamento, da fragmentação dos repasses e respectivos incentivos/prêmios de cada fragmento, do pós-pagamento por produção através de tabela anacrônica de procedimentos e valores, da desregulamentação da demanda gerada pelos afiliados aos planos privados de saúde (incluindo as ações judiciais), das duas portas de entrada em hospitais públicos terciários geridos por fundações privadas de apoio, das organizações sociais, da desastrosa precarização das relações de trabalho com terceirizações em cascata, da não implementação das redes regionais de cuidados integrais e com planejamento e orçamentação ascendentes, e da focalização aos estratos sociais mais pobres, de serviços básicos de saúde de baixo custo/gastos e baixa resolutividade. Estes legalismos não vêm sendo objeto de controle e auditorias quanto ao seu potencial gerador de ações dolosas e de ações irregulares, estas últimas atreladas ou não às premissas finalísticas da universalidade, igualdade e integralidade e às premissas meio da descentralização, regionalização e participação.

Com a mesma lógica utilizada na análise do controle e auditorias, buscamos entender a ques-

tão da auditoria, que no âmbito destas considerações definimos como o conjunto das articulações, ordenamentos e reordenamentos permanentes das vigas-mestras da construção do novo modelo de gestão consoante com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, assim como funcionamento dos serviços privados de saúde consoante com o mandamento constitucional da relevância pública. No SUS, além do âmbito das vigas-mestras, a tarefa regulatória estende-se ao nível regional e microrregional com as centrais de regulação da atenção integral à saúde (e não somente à assistência especializada), e ao nível das unidades de saúde mais complexas, estende-se a sua autonomização gerencial para o cumprimento de metas pactuadas com seus custos, indicadores de qualidade/resolutividade, prioridades, eficiência e eficácia social. Pensamos que a responsabilidade regulatória é do gestor, incluindo seu conselho de saúde, das comissões intergestores e da Agência Nacional de Saúde (autarquia especial). O esclarecimento e explicitação da relação público-privado são pressupostos básicos para que o processo regulatório favoreça e consolide um equilíbrio favorável à política pública de proteção social com base nas necessidades e direitos sociais da população, quando cotejada com a política pública de transferência de renda.

O mesmo reparo aos paradigmas ainda predominantes de controle e auditorias na esfera federal cabe também ao processo maior da regulação, qual seja, a tendência ao atrelamento a certos legalismos federais: ao contrário de torná-los objeto a mais da sua missão, o processo de regulação no setor saúde permanece centrado na regulação do mercado dos planos e seguros de saúde com o objetivo de assegurar o equilíbrio dos interesses em conflito: dos consumidores, dos profissionais de saúde, dos prestadores privados e públicos credenciados pelas operadoras, pelas próprias operadoras privadas de planos e seguros de saúde e pela indústria de bens e insumos de saúde. Os legalismos do subfinanciamento, da fragmentação dos repasses federais, do pós-pagamento por produção, da desregulamentação da demanda dos planos privados para o SUS, das duas portas de admissão nas fundações privadas de apoio vinculadas a hospitais públicos, das organizações sociais, da precarização da gestão do trabalho na saúde, dos impedimentos da articulação e implementação das redes de cuidados integrais ao nível regional, da focalização da atenção básica nos estratos mais pobres, com baixa resolutividade e outros, ficam assim erigidos a pressupostos do processo regulatório.