



**Entrevista:**  
Carlos Ocké

## ‘A Adaps pode reforçar a tendência de privatização da gestão’

Maíra Mathias - EPSJV/Fiocruz | 02/01/2020 09h55 - Atualizado em 13/01/2020 10h12



### **Do ponto de vista financeiro, como o SUS chegou a 2019?**

Para entender o retrato de 2019 proponho que, primeiro, a gente assista ao filme – ou seja, analise como o financiamento federal vem se comportando nos últimos anos. Em 2014, a União destinou R\$ 595 para cada habitante do país [em valores corrigidos pelo IPCA de 2019]. Foi o ápice desse investimento. Mas justamente no último trimestre de 2014 começou a recessão econômica e 2015 marcou o início da trajetória de queda desse valor per capita, que foi para R\$ 581. Se não bastasse a conjuntura recessiva, surgiu um segundo e grave fator que deprimiu o piso mínimo. Eu falo da Emenda Constitucional 95, a EC do Teto dos Gastos, que começou a vigorar em 2018 para a saúde. E, com isso, o SUS passou de um padrão de subfinanciamento, que é histórico, para um cenário de estrangulamento financeiro, um desfinanciamento que inaugura um processo de sucateamento mais intenso do Sistema. No primeiro ano de vigência da EC 95 para a saúde, o gasto por habitante ficou em R\$ 559. E, em 2019, esse valor desceu mais um pouquinho, indo para R\$ 558. Então, a resposta mais curta para a sua pergunta é que o SUS chega mal a 2019. Desde a vigência da Emenda, o financiamento per capita caiu R\$ 4. E nós já temos uma projeção para 2020 que mostra o filme: entre 2014 e 2020 o financiamento per capita terá diminuído nada menos do que R\$ 40. E essa queda afeta a saúde dos indivíduos com a redução da oferta – seja de profissionais, insumos,

remédios – e a perda de qualidade do SUS, com aumento do tempo de espera e agravamento da desigualdade de acesso.

### **Do ponto de vista de estados e municípios, existe a informação de quanto foi o orçamento da saúde em 2019?**

Esses dados são apurados pelo SIOPS [Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, do Ministério da Saúde]. Há informações para o ano 2018, mas eu, no momento, só tenho acesso aos dados até 2017. E o que posso dizer é que temos visto a seguinte tendência: o gasto público com ações e serviços de saúde cresceu mais nos municípios e nos estados. Em 2002, o governo federal foi responsável por um gasto correspondente a 1,66% do PIB [Produto Interno Bruto]. Em 2017, esse número chegou a 1,76%. Já o gasto dos municípios no período passou de 0,81% do PIB para 1,26%. E, o dos estados, de 0,70% para 1,04%. Então, no total, o gasto público em saúde no Brasil passou de 3,17% em 2002 para 4,06% em 2017 – quando, no mínimo, deveria atingir o patamar de 6% do PIB, de acordo até com as agências internacionais que postulam o mix público-privado. E o ente federativo que mais extrapola esse gasto em relação ao mínimo estabelecido na Constituição é o município. As cidades, em média, gastam 27% quando são obrigadas a destinar 15% das suas receitas. Os estados, em geral, ficam na média obrigatória de 12% – embora haja contenda jurídica em relação ao mínimo aplicado no Rio de Janeiro e em Minas Gerais.

### **E quais são as tendências para 2020? Sabemos, por exemplo, que o Congresso vai começar a discutir a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do Pacto Federativo, enviada pela equipe econômica, que pretende unificar os gastos com saúde e educação nos três níveis de governo...**

A ideia de que recursos da saúde e da educação façam parte de um único fundo tem razão de ser no contexto do aprofundamento da política de austeridade fiscal, nesse quadro que retirou do orçamento federal qualquer vinculação com o crescimento econômico do país e com a capacidade de arrecadação tributária do Estado. Fazer com que saúde e educação fiquem no mesmo fundo significa inaugurar uma disputa entre essas duas áreas sociais. Porque, formalmente, as alíquotas das vinculações estão mantidas na saúde e na educação. Mas, na prática, você acaba tirando de um setor e alocando em outro – então alguém vai perder o mínimo. E a educação provavelmente vai sair mais penalizada, o que também é muito problemático do ponto de vista sanitário porque o nível educacional está altamente relacionado com melhores indicadores de saúde. Também não podemos esquecer que toda a discussão da lei complementar 141, de 2012, para definir o que são ações e serviços públicos de saúde aconteceu para fazer com que o dinheiro do SUS não vazasse para outras ações como, por exemplo, merenda escolar. Não desconhecemos que a nutrição seja um fator importante para as condições de vida e saúde da população, mas houve um longo debate sobre o que efetivamente definiria um serviço público de saúde, de modo que corremos o risco de perder esse núcleo de ações e programas que é essencial para o funcionamento do SUS. Então, essa PEC é extremamente perversa. E também é bom lembrar que a proposta original do governo federal era a desvinculação por completo dos pisos mínimos da saúde e da educação. Em suma, existe um conjunto de forças que tem por objetivo flexibilizar esse gasto mínimo, seja pela desvinculação direta – ou seja, não ter mais o piso –, seja por juntar saúde e educação, seja pela pressão crescente da política de austeridade fiscal. A tendência é de arrocho.

E, ao mesmo tempo, veremos um aumento da importância das emendas parlamentares na composição do orçamento do SUS, já que em 2019 o Congresso Nacional decidiu que as emendas apresentadas por bancadas também são impositivas, ou seja, obrigatórias a partir de 2020 – o que já era verdade para as emendas individuais desde 2016.

### **E essa situação é, portanto, inédita no SUS?**

É um fato novo, que se fortalece depois da aprovação da Emenda Constitucional 95. O gasto com emendas parlamentares estava em R\$ 1 bilhão em 2013 e foi para R\$ 8 bilhões em 2019. Os parlamentares se fortalecem no processo decisório em torno do orçamento. O próprio Ministério da Saúde terá que estabelecer uma relação política ‘orgânica’ com o Congresso, pois precisa dos recursos de emendas para cumprir o gasto mínimo em saúde.

**Passando para a ponta da arrecadação, outro problema são os subsídios fiscais que existem no setor da saúde no Brasil. Você e Artur Fernandes, da Receita Federal, demonstraram num estudo publicado em 2018 que esse conjunto de isenções, deduções, reduções de base de cálculo e alíquota sangraram, entre 2003 e 2015, R\$ 331,5 bilhões dos cofres públicos. Qual é a história por trás desses mecanismos? E quais são as situações mais críticas?**

Os subsídios destinados à saúde foram disseminados no Brasil a partir de 1968 e ajudaram a criar o mercado de planos de saúde no país. Para começo de conversa, é preciso distinguir o gasto direto – aquele aplicado no SUS – dos subsídios, que são gastos indiretos que se destinam ao consumo das famílias, dos trabalhadores e dos empregadores. De saída, esses gastos indiretos têm dois problemas. Número um: o gasto público per capita fica distorcido, desigual porque todos usam o SUS, todo mundo usa vigilância em saúde e vacinação, por exemplo. E se eu tenho plano de saúde e você não tem, na média estou ganhando mais do que você já que nós dois ganhamos o gasto direto, mas eu também ganho o gasto indireto. Além disso, em tese, os subsídios retiram recursos do SUS porque o Estado patrocina o consumo de serviços privados de saúde em detrimento do fortalecimento do Sistema Único, indo de encontro aos preceitos constitucionais. Então os subsídios existem para favorecer esse mercado e para reduzir o gasto dessas famílias e empregadores com plano de saúde, consultas particulares e hospitalização. Antes da Constituição de 1988 também era possível abater medicamentos. Então, na ponta da demanda, os subsídios são dados por meio de abatimentos no imposto de renda de pessoa física ou jurídica. E, na ponta da oferta, são destinados aos hospitais filantrópicos e à própria indústria farmacêutica, cuja desoneração do pagamento de impostos deveria implicar em redução nos preços dos remédios – o que não acontece. E a situação fica ainda mais crítica porque em um momento de crise, como o atual, ao fazer essa escolha na composição do orçamento, o Estado estimula empresas de planos de saúde e farmacêuticas que vão muito bem, obrigado. Por outro lado, esse subsídio dado às famílias é, digamos assim, justificável porque as classes médias também estão sendo penalizadas pela crise econômica. Mas é importante sublinhar que se trata de um subsídio inequitativo porque quando você olha para a distribuição de renda na sociedade brasileira percebe que quem recebe esse gasto público indireto é o estrato mais rico da população. Dito isso, nesse momento, talvez seja melhor atacar o problema de forma ampla com uma reforma tributária que mude a composição da carga, retirando a ênfase da tributação sobre produção e consumo e se deslocando para mais impostos sobre patrimônio e lucros financeiros. E, em outro momento, contando com o crescimento da economia, a ampliação dos recursos aplicados no SUS e o fortalecimento da regulação sobre o mercado de planos, poderíamos retirar paulatinamente esses subsídios e converter o gasto indireto em direto. Porque também é importante entender que o governo pode tirar os subsídios, mas destinar os recursos não para políticas sociais ou para o SUS, mas para outras coisas, como a redução do déficit primário.

**No Brasil, tem se tornado comum o discurso de que mais gente com plano de saúde ajuda o SUS, desafoga o Sistema. A batalha pela implementação do SUS passa hoje também pela desconstrução dessa ideia?**

É uma falácia dizer que plano de saúde desafoga o SUS. Pelo contrário, a experiência internacional ensina que o fortalecimento da saúde suplementar fragiliza politicamente a capacidade que o setor público tem de construir consenso na sociedade para ampliar os recursos destinados à saúde. No capitalismo, a força do Estado de Bem-Estar Social decorre também da presença da classe média [como usuária dos serviços públicos] e da legitimidade [desses serviços] junto às classes populares. Um mercado forte significa um Estado frágil, sem capacidade de financiamento e sem sustentabilidade para garantir os recursos que a população precisa. Além do mais, é outra falácia dizer que o SUS não atende todo mundo. Urgência, emergência, hemodiálise, remédios de alto custo, transfusão de sangue, vigilância sanitária e epidemiológica, vacinação; são todos exemplos que provam isso. O gargalo que existe é no que se refere a consultas com especialistas, cirurgias eletivas e exames de média e alta complexidade. Esse braço, subsidiado, é a cereja do bolo do mercado de planos de saúde. Esse mercado não quer dividir com o Estado os procedimentos de alto custo, as enfermidades de alto risco. Nessa seara, ele quer socializar os custos, haja vista a figura emblemática do ressarcimento [das operadoras ao SUS, motivo de disputa durante muito tempo]. Em terceiro lugar, isso desorganiza completamente o sistema, cria duplicidade, ineficiência e aumenta os custos administrativos. Não acredito nessa tese da sinergia entre o setor público e o setor privado. Não existe sistema privado de saúde. Na verdade, o que existe é uma disputa ferrenha não só pelos subsídios, mas pelos recursos públicos em geral. A luta é por abocanhar cada vez mais recursos públicos porque isso faz parte da dinâmica desse setor na busca por aumentar sua escala e reduzir sua ineficiência.

**Voltando para 2019: vimos o desenrolar do problema do provimento de médicos. No fim de novembro, perto de perder a validade, uma medida provisória do governo federal foi aprovada pelo Congresso criando o programa Médicos pelo Brasil que traz uma novidade que é objeto de muita preocupação entre os sanitaristas: a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) nos moldes de um serviço social autônomo. Qual é o sentido dessa proposta?**

O sentido declarado dessa proposta é criar uma organização que contrate médicos, por meio da CLT, para atuar nos vazios assistenciais. Só que existe uma zona cinzenta porque essa agência tem um conjunto de atribuições. E esse desenho pode diminuir as atribuições dos municípios, uma vez que a agência contratará diretamente as equipes – não os gestores locais. E há a possibilidade de o governo federal passar a estimular relações contratuais com o setor privado. A Adaps pode reforçar a tendência de privatização da gestão. A meu ver, a proposta da agência tem como perspectiva a contratação de pessoal por meio de OSs [organizações sociais] ou cooperativas de PJs [pessoas jurídicas]. Mas, para entender isso, é preciso falar de outro assunto, que é o novo modelo de financiamento federal da atenção primária à saúde.

**Esse novo modelo foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que, além do Ministério, é composta pelos representantes de secretários estaduais e municipais de saúde. Batizado de programa Previne Brasil, o modelo abandona a fórmula de financiamento que leva em consideração o total de habitantes das cidades e aposta em outra, mais complexa, que leva em conta a quantidade de pessoas cadastradas. É isso?**

Acabou o repasse vinculado à base populacional do município. As cidades vão receber transferência federal via quatro eixos: indicadores de desempenho; recursos destinados a alguns programas estratégicos para essa gestão – o ‘Saúde na Hora’, as residências multiprofissionais e a informatização –; provimento de médicos e agentes comunitários de saúde; e por captação. Em resumo, o modelo de captação se baseia no repasse de um valor por habitante cadastrado pela equipe de saúde, calculado segundo um fator que está ponderado pela posição geográfica do município, pelo número de cadastrados no Bolsa Família, no BPC [Benefício de Prestação Continuada], etc. e por faixa etária. Circulou nas redes sociais uma mensagem instando as pessoas a irem ‘se cadastrar’ no SUS, mas é um pouco mais complicado do que isso. Cada equipe de saúde tem um número máximo de pessoas a ela vinculadas. Então, esse cadastro potencial é relacionado à capacidade de cobertura do número de equipes de saúde e não ao total da população do município. Isso é bem importante. Para cadastrar é preciso ter equipe nova. E não tem dinheiro novo. O tal dinheiro novo para a atenção básica que o Ministério da Saúde anunciou é uma comparação em termos nominais – ou seja, o governo compara sem levar em consideração a inflação – da despesa empenhada em 2018 com o PLOA 2020. Dizem que há R\$ 2 bilhões a mais, quando, na verdade, se você corrige pela inflação o ganho é de R\$ 200 milhões. A nossa perspectiva é que, a partir de maio, mesmo com incentivo financeiro, os municípios sofrerão um baque, sobretudo as regiões metropolitanas e as grandes cidades e capitais porque são elas que têm um custo

maior para cadastrar. E, de novo, quero reforçar que para cadastrar é preciso ter equipe nova. E de onde vem o dinheiro para contratar equipe nova? Terá que vir dos próprios municípios, que já estão estrangulados. Quando você olha para o total dos gastos do município com atenção básica, 70% são bancados pelos gestores locais e apenas 30% pelo governo federal. Então é como se tivesse que expandir esses 70% para contratar médicos, por exemplo. O que pode acontecer, por estratégia de sobrevivência, é as prefeituras substituírem as equipes de Saúde da Família por equipes de atenção básica, que além de menos profissionais, têm cargas horárias e dedicação diferente. O grande efeito colateral desse modelo é a desconstrução da Estratégia Saúde da Família. E além do custo para contratar a equipe que vai aumentar o seu cadastro potencial, o fato é que efetivar esse cadastro também tem custo de transação para o município. Tem que realocar profissional para cadastrar em um momento em que a pressão assistencial sobre o SUS está aumentando.

### **E como a Adaps e o novo modelo convergem?**

É importante, enquanto analistas de políticas de saúde, que façamos um esforço para entender a convergência entre o desenho da Adaps e a nova proposta de financiamento. Trabalhamos com a hipótese de que estamos vendo acontecer no Brasil o mesmo movimento de contrarreformas que aconteceu no NHS [Serviço Nacional de Saúde] inglês. Lá, as primeiras mudanças aconteceram em 1989, no governo de Margaret Thatcher, com a introdução do mercado interno no NHS. Aqui, a primeira onda seria formada pelas mudanças aprovadas na atenção primária em 2019. Essa hipótese foi reforçada com o anúncio feito pelo ministro [da Saúde Luiz Henrique Mandetta] de que, em 2020, sua prioridade será mexer na atenção especializada. Existem vozes, inclusive do Banco Mundial, que defendem que o SUS precisa mudar: o dinheiro deve seguir o paciente – em nosso caso, o dinheiro deve seguir o cadastro [proposto pelo novo modelo de financiamento da atenção primária]. Isso é inspirado na contrarreforma do NHS. Então, a pergunta é: em que medida a Adaps vai ser um instrumento para fortalecer as bases institucionais para criação à brasileira do mercado interno inglês como foi operado no início da década de 1990 pelos liberais sob o governo Thatcher?

### **O temor é que a Adaps ao invés de fazer contratação direta de médicos via CLT opte por contratar empresas, como a Unimed, e OSs?**

O Médicos pelo Brasil fala em vazio assistencial, mas pode-se formalmente contratar OSs e cooperativas de PJs, como eu já mencionei. Essa agência tem atribuições que vão lhe permitir fazer contratação direta de profissional de saúde nos municípios. E aí abro um parêntese aqui para fazer a ligação com o novo modelo de financiamento federal.

O Conasems [Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde] disponibilizou em seu site uma plataforma em que os gestores podem fazer uma simulação se vão ganhar ou perder com a mudança no financiamento. E, curiosamente, o repasse federal para o provimento do médico não consta na simulação. O que isso significa? E tudo se complica ainda mais à luz da portaria 233 da Secretaria do Tesouro Nacional que coloca, a partir de 2020, as OSs no cômputo dos limites de contratação de pessoal estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal [LRF]. Você mencionou as Unimeds. Para efeito da LRF, o gasto com as Unimeds vão estar no cômputo? As Unimeds, que são cooperativas regidas pelo Ministério da Agricultura, vão atender aos preceitos constitucionais do SUS?

### **Até agora, no debate sobre o Médicos pelo Brasil, a leitura mais corrente sobre o significado da Adaps é que a agência seria um novo Inamps. Você tem pontuado que essa comparação não faz muito sentido. Por quê?**

À primeira vista essa comparação não ajuda muito a entender os pressupostos da Adaps – porque não é o desenho de um novo Inamps. Tem características do Inamps, mas não acho que possam ser transfigurados. Primeiro porque o Inamps era um modelo de seguro social que estava se expandindo, inclusive. Estava se universalizando. É verdade que, quando pensamos na relação de compra e venda, se trata de estabelecer contrato com instâncias privadas, mas a diferença para o momento atual é que são essas instâncias privadas que acabam tendo a capacidade de planejamento sobre as ações e serviços públicos de saúde – e este é um efeito colateral grave. A questão vai além do repasse [de recursos públicos para o setor privado] porque as OSs é que estão definindo o que fazer. Então, no limite, para que acabar com a Emenda Constitucional 95 e ampliar os recursos para o SUS se a gestão do Sistema está privatizada? Se a gestão está particularizada? São interesses econômicos distintos dos interesses públicos do Estado que vão alocar recursos públicos dentro do Sistema para, por exemplo, comprar equipamento, etc. O Inamps tinha um perfil de oferta hospitalocêntrico. Nesse sentido, talvez caiba a comparação porque o programa ‘Saúde na Hora’, que vai

receber incentivos financeiros no bojo do novo modelo de financiamento federal da atenção primária, tem o potencial de colocar as equipes de Saúde da Família para desafogar unidades de urgência e emergência e os hospitais. Mas isso não é uma característica da Adaps. Quando a gente fala no Inamps, e esse debate é importante, esquecemos que houve uma privatização do seguro social no Brasil sem precisar do Banco Mundial, como foi o caso na América Latina. Aqui, transformamos o seguro social em seguro privado – algo que parasita muito mais o setor público.

Av. Brasil - 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP 21040-360 - Tel.: (21) 3865.9797

---

"Este Portal é regido pela Política de Acesso Aberto ao Conhecimento, que busca garantir à sociedade o acesso gratuito, público e aberto ao conhecimento de toda obra intelectual produzida pela Fiocruz. O conteúdo deste portal pode ser utilizado para todos os fins não comerciais, respeitados e reservados os direitos morais dos autores. Equivalente à CC-NY-BC"

**Página:** <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-adaps-pode-reforçar-a-tendencia-de-privatizacao-da-gestao>