

**O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE.** Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R, organizadores. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. 239 pp.

ISBN: 85-271-0672-8

Em geral, critica-se nesse livro a organização do setor saúde pelo mercado, no contexto da relação contraditória público/privado, considerando que o domínio privado subtrai a natureza pública do Estado e do SUS, impedindo a radicalização de suas diretrizes no tocante à universalidade e equidade.

A obra está dividida em três partes, reunindo artigos de renomados autores. Teve início a partir da pesquisa *Desafios para Equidade em Saúde na Região Metropolitana de São Paulo*, elaborada pelo NISIS (Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde). Ao apontar a necessidade de uma regulamentação substantiva do setor privado para garantir a equidade do sistema – vivificada pelos gestores do SUS e não apenas na forma difusa da lei –, esse estudo dá uma contribuição relevante para o debate setorial. Demonstra-se, concretamente, que o mercado está desregulado na principal região econômica da América Latina, favorecendo o aparecimento de resultados díspares. Mas, se esse argumento é verossímil, parece óbvio constatar que, nas atuais circunstâncias históricas, as relações mercantis do setor saúde não serão extintas por “decreto”, e essa questão de fundo, que precisa ser mediada na teoria e na prática, foi apenas, em parte, abordada por essa coletânea.

Em seu ensaio de abertura, Roberto Romano descreve o processo histórico em que foram formadas as noções de público e privado, destacando que a noção de “público” foi construída durante séculos, no contexto da luta entre o Estado e a vida privada, no qual foi marcante o papel desempenhado pela Igreja nas áreas sociais. O filósofo nota que o público, entre nós, inaugura-se acolhendo práticas patrimonialistas (a gestão da política como assunto de interesse particular), de modo que “a ética do cotidiano dos políticos e da população” acabou contaminando a formação social republicana, na qual “*encontra-se esta realidade da não-fusão entre o público e o estatal*”. Emir Sader, recapitulando a história recente brasileira, sublinha que a noção de estatal se misturou à ditadura militar, sendo, por isso, fácil “*identificar o democrático com o privado e o civil*”. Essa ideologia foi incorporada, por assim dizer, ao discurso neoliberal nos anos 90, não só desqualificando o Estado, mas corroendo a coisa pública. Desse modo, segundo o autor, como o público e o privado são elementos contraditórios entre si, isto é, “*o interesse público é determinado imediatamente em relação e em contraste com o interesse privado e vice-versa*”, depreende-se que assistimos a uma fragilização do primado do “público”, sintetizado na sua incapacidade de regular o mercado, como contraponto à dinâmica de acumulação capitalista. Foi nesse caldo de cultura que se deu o crescimento do modelo médico-assistencial privatista na

área da saúde, contemplado, paradoxalmente, adiante, na *Constituição* de 1988, na seção que trata da saúde. Embora o SUS tenha representado um alargamento do espaço público, no contexto da elaboração das políticas governamentais, isso se viu também, como menciona Sader, nas experiências do orçamento participativo municipal e do assentamento dos trabalhadores rurais, tendo-se avançado “*na direção da socialização da política e do poder, recuperando a dimensão ‘pública’ da política, perdida conforme esta se converteu na negociação de interesses privados junto ao Estado e aos governos*”. Laura Tavares desfere uma crítica contra os diagnósticos e propostas dos organismos internacionais na área social, pois estes recomendam medidas que visam, a um só tempo, a fortalecer o mercado (subsídios à demanda) e atacar as políticas sociais universais (focalização), para privatizar os serviços coletivos básicos. Segundo a autora, essa *práxis* orientadora “*têm sido acatada pelos governos brasileiros*” e, nessa linha, é discutida a natureza privatizante da reforma do Estado, capitaneada pelo Governo Federal, no período 1995-2002. Em síntese, Tavares diz que esse tipo de “reforma” optou por não enfrentar o estrangulamento do padrão de financiamento público e por não reduzir as desigualdades mediante a implementação de “*políticas de distribuição de renda e equalização do acesso a serviços públicos essenciais*”. Nesse curso, assiste-se, de acordo com a autora, ao movimento em direção “*a um suposto setor público não-estatal (‘terceiro setor’), que se responsabilizaria pela execução dos serviços que não envolvessem o exercício do ‘poder do Estado’, mas que deveriam ser subsidiados pelo Estado*”. Mesmo considerando a predominância das concepções neoliberais no debate sobre a organização das políticas e a herança de “*um Estado debilitado para enfrentar os problemas sociais*”, Tavares propugna reconstruí-lo “*como um espaço público e como uma alternativa democrática de incorporação cidadã das grandes maiorias*”.

Na segunda parte do livro, Gastão Wagner Campos observa que a polarização entre o público e o privado não está bem resolvida e faz um alerta: “*não é possível haver caráter público do SUS sem respeitar o interesse dos trabalhadores da saúde*”. O autor afirma que, ao se fazer um diagnóstico sobre a ineficiência do setor estatal, muitas vezes confundido com o setor público, resvala-se para posições maniqueístas e “*isso cria certo imobilismo dentro do SUS: ou são tomadas soluções pontuais para desburocratizar, ou se privatiza, semi-privatiza ou desestatiza*”. Não é porque um hospital é estatal – continua Campos – que o seu caráter público estaria assegurado. Paralelamente, segundo ele, a relação do SUS com as instituições filantrópicas e não governamentais é problemática, e em virtude da ausência de um processo de estatização, como visto no caso do National Health System inglês, “*precisamos integrar toda essa rede, saindo do contrato e convênio tipo prestação de serviço (...) evoluindo para fórmulas tipo contrato de gestão e parcerias*”. De outra parte, analisa que a ANS

não tem tido força para mediar um conjunto de interesses, em um quadro no qual fosse possível até pensar na existência de um mercado de planos de saúde “suplementar”, e que o sistema público, entretanto, se desenvolvesse independente do crescimento do setor privado. No artigo seguinte, Nelson Rodrigues dos Santos faz um depoimento na condição de militante da reforma sanitária. Descreve a trajetória de construção do SUS, lembrando que sua gênese foi inspirada nas experiências cubana, italiana e inglesa; fala, sobretudo, dos desafios contemporâneos para se fabricar uma reforma do Estado, com a participação decisiva da sociedade civil, de forma que os eixos da integralidade, equidade, regionalização e responsabilização sanitária possam pavimentar um caminho virtuoso para a universalidade. Destaca a necessidade de superar o gargalo do financiamento, interdito no seu nascedouro com o desmonte do orçamento da seguridade social, “*cujos 30% que foram indicados nas disposições transitórias da Constituição, dariam hoje mais que o dobro do orçamento do Ministério da Saúde*”. Adverte, no entanto, que, mesmo com uma elevação dos recursos, “*podemos correr um ‘baita’ risco de aumentar os montantes de um lado e partir para um sistema que vai para a direção do sistema norte-americano, da locupletação total dos interesses da oferta dos equipamentos, dos prestadores e do corporativismo de um aparte dos profissionais que ganham por produção, do fazer o SUS*”. Outro alvo seria articular um modelo assistencial organizado com base nas necessidades, considerando que “*a atenção básica estruturando o sistema e o PSF estruturando a atenção básica não aconteceram até hoje e não vão acontecer. O paradigma não é o modelo de atenção à saúde com base nas necessidades da população, que é o nosso objetivo maior. (...) O modelo hegemônico continua o da oferta, de quem está por detrás da oferta, principalmente da oferta da média e da alta complexidade; não há o que pensar em potência estruturante de baixo para cima*”. Jairnilson Paim, como dirigente influente do movimento sanitário, expõe, oportunamente, a idéia-força que temperou a primeira fase de fermentação do SUS: “*estatização; intervenção; expropriação; concessão; controle*”. Contudo, salienta que, quando esses eixos foram confrontados na Constituição de 1988, “*em função dos acordos que foram feitos, constata-se um item segundo o qual a ‘saúde é livre à iniciativa privada’ e outro que ‘os serviços de saúde são de relevância pública’*”. Como poderíamos suplantar esse dilema estratégico do SUS, no sentido de fortalecer os mecanismos de regulação do setor privado? O próprio autor registra o paradoxo de o “*movimento em defesa do SUS na década de 90 (...) não ter priorizado a questão do privado nas suas relações com o público, antes e depois das leis dos planos de saúde e, mesmo, da criação da ANVISA ou da ANS*”. Hoje, ressalta Paim, caberia investigar as possibilidades de regulação do setor privado no plano político concreto, no qual a extensão dessa regulamentação pode ser embarreirada por dois fatores: “*se eu estiver correto em*

*entender que o CONASS e o CONASEMS sejam os atores mais relevantes, dentro dessa configuração do arco de forças que defende o SUS (...), constataremos que, ao longo do período, eles têm adotado posturas pragmáticas, dentro do que consideram possível. (...) Não parecem dispostos a comprar briga com o privado, particularmente com as modalidades ‘não-SUS’ (...). Isso sem falar que muitos secretários de saúde são médicos (...), e como liberais, provavelmente não vão querer entrar nessa briga*”. Mario Scheffer e Lígia Bahia fornecem, de outra parte, um quadro rico e detalhado, iluminando diversas passagens obscuras e conflitos político-institucionais que marcaram o período anterior e posterior à aprovação da Lei n. 9.656/1998 e à criação da ANS. E vão além, enfrentando desde questões conceituais e práticas relativas às características do mercado de planos e da regulamentação até a descrição da tensa relação público/privado, ajudando a explicar por que a regulamentação dos planos privados de saúde privilegia os ditames do mercado. Dizem os autores que “*para a legislação, as relações entre os recursos públicos com planos de saúde se resumem ao ressarcimento ao SUS, toda vez que o usuário é atendido em hospital público. (...) Mas o fato é que as relações público-privado não reguladas estendem-se ao atendimento, pelo SUS, da cobertura excluída pela saúde suplementar; à compra de planos privados para funcionários públicos; à renúncia fiscal; às isenções tributárias das filantrópicas e cooperativas; ao cotidiano e às práticas dos profissionais de saúde duplamente filiados; à defesa dos interesses de médicos-empresários e fornecedores de insumos; à incorporação irracional de tecnologia, somados a outros detalhes – a exemplo do grande número de secretários municipais de saúde e lideranças do movimento médico pertencentes aos quadros das cooperativas médicas e operadoras...*”.

Na última parte, o estudo desenvolvido pelo NISIS abordou questões centrais da relação público/privado na Região Metropolitana de São Paulo. Cabe frisar que a difusão da aplicação do “*conceito de indicador traçador*” constitui-se em significativa contribuição metodológica no campo das políticas comparadas de saúde. Nessa pesquisa, foram destacados os limites impostos aos gestores, já que “*as reais possibilidades de instituição do SUS*” se chocam com a “*lógica do mercado*”. Segundo os autores, “*apresenta-se ao setor público de saúde da Região um duplo desafio: ampliar o acesso aos serviços de saúde cumprindo os objetivos da seguridade social; e regular de ‘fato’ o setor privado*”. Porém, o cumprimento desse último objetivo, pelas instituições que estão na base do sistema, não parece ser tão trivial. Relata-se que “*o princípio da universalidade é bem aceito por todos. (...) Para os secretários municipais este princípio funciona como salvo-conduto para a não-existência de mecanismos de regulação e controle do setor suplementar*”, evidenciando a “*baixa capacidade de governança no setor, menos pela falta de instrumentos, e mais em razão do desenvolvimento histórico e cultural*

*das práticas de gestão pública, que acabam orientadas pela lógica dos interesses privados*". São esses mesmos interesses que explicam a combinação, perversa, de três fatores que parecem desafiar a regulação por meio da ação dos gestores com vistas à equidade do sistema. Segundo os autores, de um lado, o setor privado não vende com exclusividade no mercado (vende também para o SUS), e de outro, os hospitais universitários com alta tecnologia médica introduziram a prática de venda de seus serviços no mercado. Finalmente, observam um *mix* na demanda, que "*ocorre nos serviços de urgência/emergência, na dispensação de medicamentos e nos serviços de alta complexidade utilizados pelos beneficiários de planos de saúde na rede SUS, (...) em razão da natureza excludente e mercantil do setor suplementar*".

De forma geral, encontram-se nessa obra argumentos consistentes para fundamentar as críticas ao mercado e talvez por isso se torne referência obrigatória para os interessados na regulamentação do setor privado e na melhoria do financiamento e gestão do SUS, em direção a uma *práxis* regulatória publicista.

Carlos Octávio Ocké-Reis  
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Rio de Janeiro, Brasil.  
octavio@ipea.gov.br

**"AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO". ISTO É REGULACÃO? Nascimento AC. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 2005. 152 pp.**

ISBN: 85-88284-07-3

Esse livro, fruto direto de Dissertação de Mestrado, realizado no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), sintetiza uma reflexão atualizada e necessária sobre a regulação no campo da saúde, mais especificamente da regulação da propaganda de medicamentos com suas implicações e resultados. Mas não se resume a isso. Ele conjuga também a experiência de vida profissional na informação e comunicação em saúde com a militância na construção da Reforma Sanitária Brasileira como processo civilizatório, uma vez que a informação e a comunicação exercem papéis fundamentais na construção da cidadania e na transformação social. Exemplo típico de uma obra indissociável de seu autor: a leitura do livro nos remete ao jornalista, que, na coordenação do programa Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde (RADIS) – importante veículo de democratização da informação na saúde –, buscava sempre soluções criativas, muitas vezes para além da tradição "científica". Se Eduardo Galeano nos diz que "*somos lo que hacemos para cambiar lo que somos*", autor e obra nos lembram todo o tempo que é na busca da transformação do *status quo* que nos transformamos enquanto cidadãos e que, neste processo, a informação é um instrumento imprescindível.

O livro parte do pressuposto de que o medicamento, visto como mercadoria, é uma unidade que, em consonância com a concepção marxista, possui "*valor de uso*" e "*valor de troca*", além de ser um "*instrumento de acumulação de poder e capital*". Não é por acaso que é alta a rentabilidade da indústria farmacêutica no Brasil, se comparada a outros setores industriais, embora isso não signifique um maior acesso da população

brasileira aos medicamentos de que necessita, nem que o seu uso seja racional.

Abordando a propaganda de medicamentos direcionada ao consumidor, a frase título do livro, "*Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado*", constante na Resolução n. 102, de 30 de novembro de 2000, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), resume a crítica do autor ao tipo de regulação efetuada sobre a propaganda de medicamentos, veiculada pela grande mídia à população. É como um estímulo à automedicação: tome o remédio primeiro, se não funcionar procure o médico! O autor propõe que ela seja substituída pela frase: "*Antes de consumir qualquer medicamento, consulte um médico*".

Ainda que a grande mídia só possa fazer propaganda dos medicamentos de venda livre, os preceitos do Uso Racional de Medicamentos nos informam ser importante o acesso ao sistema de saúde antes do uso indevido de medicamentos. Ainda mais quando este uso ocorre – como tão bem demonstrou Temporão<sup>1</sup> – sob a influência da propaganda, que faz do indivíduo um consumidor sem capacidade de discriminar entre as opções disponíveis para seu sofrimento. A influência da propaganda costuma ser de tal importância, que a Organização Mundial da Saúde<sup>2</sup>, em sua 41ª Assembleia Mundial, fez recomendações aos seus estados membros sobre os *Critérios Éticos para a Promoção de Medicamentos*.

Nesse livro, o autor elenca os principais mecanismos de regulação da propaganda de remédios no Brasil. Analisa com peças publicitárias de medicamentos veiculadas em rádio, televisão, jornais, revistas, folhetos e outdoors, no período de outubro de 2002 a julho de 2003, coletadas no Rio de Janeiro e em Juiz de Fora por equipes de estudantes e professores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Essas equipes fazem parte do Projeto de Monitoração da Propaganda e Publicidade de Medicamentos, instituído pela ANVISA numa tentativa de monitorar esse tipo de propaganda no Brasil. Por um lado, brinda-nos com o conhecimento da forma de atuação das indústrias produtoras de medicamentos no que diz respeito ao estímulo ao consumo de seus produtos pela população e o respeito com o qual tratam a legislação sanitária referente ao tema. Por outro lado, informa-nos sobre a efetividade do modelo regulatório na direção desejada: a de promover o uso racional de medicamentos e de minimizar os riscos à saúde pelo consumo indiscriminado e inadequado dos medicamentos.

A regulação, feita *a posteriori*, não protege a população da (des)informação veiculada nas propagandas de medicamentos, difundidas pelo rádio e pela televisão, geralmente em horários de alta audiência. Em primeiro lugar, todas as cem propagandas analisadas desrespeitavam a legislação sanitária. O autor demonstra, em um exercício de simples raciocínio, duas importantes falhas nesse tipo de regulação. A primeira delas refere-se ao tempo entre a identificação da propaganda irregular e a ação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Sendo esse tempo maior que um mês, ele é maior do que o tempo necessário para que a propaganda "*dê o seu recado*". A segunda delas diz respeito à certa "*monetização*" do risco, sem que ele seja minimizado. Há uma arrecadação crescente em multas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que, en-