

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**LICENCIAMENTO COMPULSÓRIO DE PATENTES DOS ANTI-RETROVIRAIS
COMO INSTRUMENTO DE POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

LUCIANA ALVES DOMINATO

Juiz de Fora
2008

LUCIANA ALVES DOMINATO

**LICENCIAMENTO COMPULSÓRIO DE PATENTES DOS ANTI-RETROVIRAIS
COMO INSTRUMENTO DE POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Juiz de Fora

2008

LUCIANA ALVES DOMINATO

**LICENCIAMENTO COMPULSÓRIO DE PATENTES DOS ANTI-RETROVIRAIS
COMO INSTRUMENTO DE POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Desigualdade Social

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós Graduação em Ciências
Sociais como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Ciências Sociais

Orientador: Prof. Doutor Eduardo Salomão Condé
UFJF

Prof. Doutor José Maria Machado Gomes
Fundação Getúlio Vargas

Prof. Doutor Ignácio José Godinho Delgado
UFJF

Juiz de Fora

2008

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pela vida e pelo amor incondicional.

Aos meus amigos Ady Carnevali, Giselle Moraes Moreira, Norma Medeiros, que não permitiram que eu desistisse quando sobre mim se abatia o desânimo; aos demais amigos que souberam compreender as minhas ausências e aos que não compreenderam também...

Aos meus alunos, que, além de inúmeras dores de cabeças, também me deram e me dão infindáveis alegrias.

Ao inestimável Emerson Nóbrega de Medeiros, pessoa sem a qual este mestrado jamais teria se iniciado.

Ao professor Gilberto Salgado, que me propiciou o melhor presente nesta caminhada: o meu prezado, respeitado e admirado orientador, Prof. Dr. Eduardo Salomão Condé.

Ao meu orientador, Eduardo Salomão Condé, pelos ensinamentos que ultrapassam a ciência, por ter me mostrado o caminho, por ter respeitado as minhas limitações e por ter me permitido continuar a despeito delas. Obrigada!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho àqueles que, além de sonhos, têm vontade e não perdem o seu foco sonhando com o impossível, mas trabalham com a realidade, ampliando o possível

“A distribuição natural dos bens não é justa ou injusta; nem é injusto que os homens nasçam com algumas condições particulares dentro da sociedade. Estes são simplesmente fatos naturais. O que é justo ou injusto é o modo como as instituições sociais tratam destes fatos”

JOHN RAWLS

RESUMO

O presente estudo tem por escopo discutir o licenciamento compulsório de patentes dos anti-retrovirais como uma escolha do Estado para a implementação de determinada política pública na área da saúde. Para tanto, apresentamos a evolução histórica das políticas públicas de saúde no país, a forma de financiamento da saúde hoje e os critérios utilizados para a alocação de recursos na saúde. Posteriormente discutimos o papel dos atores sociais para a determinação da agenda, especificamente no campo da saúde e por fim, analisamos alguns aspectos do direito patentário e a possibilidade de utilização do licenciamento compulsório como um instrumento hábil para garantir o acesso universal à saúde, ponto em que ocorre um embate do Estado x Mercado.

PALAVRAS CHAVE: licenciamento compulsório; patentes; políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

This study aims to discuss the compulsory license for anti-retroviral drugs as a governmental choice for the implementation of certain public health policies. In order to accomplish such assignment, we present the historical evolution of public health policies in Brazil, the means of financial support concerning health policies today, and the criteria used for the allocation of financial resources in health policies. After, we discuss the role played by social actors in the determination of the health agenda, and, finally, we analyze some aspects of patent law in regards to the possibility of deploying compulsory license as an efficient instrument to ensure the universal access to health policies, which turns out to be a collision point between the government and the market.

KEYWORDS: compulsory license; patents; public health policies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE NO BRASIL.....	12
2 FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS.....	31
3 DO ESTADO E DO MERCADO: A PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO.....	40
4 ATORES SOCIAIS E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE.....	47
5 CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

INTRODUÇÃO

Questão de extrema atualidade, objeto das mais acaloradas discussões nos foros nacionais e internacionais, a matéria relativa ao patenteamento de medicamentos vem ocupando, de forma insistente, as páginas da imprensa no Brasil, suscitando distintos posicionamentos de ordem científica, legal, humanitária e moral e despertando o interesse de profissionais nos mais variados ramos de atuação. O patenteamento de medicamentos ganha maior destaque quando diz respeito aos denominados anti-retrovirais.

Assim, a questão da oferta de medicamentos, em grande parte oriunda de laboratórios privados e de capital aberto – os quais se constituem em empresas de alcance global –, apresenta uma situação específica em que o Estado brasileiro gerencia um limite à sua ação, erguendo um sistema de proteção no qual o direito à propriedade em si (a patente) não pode se sobrepor ao interesse social. O Estado, então, desmercantiliza o bem, extraíndo-o do contexto do mercado para torná-lo um bem público. Nesse caso, a capacidade estatal, naquilo que se inscreve na regulação, deve se impor, como política pública, acima dos interesses privados. Trata-se de um caso exemplar de conflito entre o Estado e o Mercado, diante do qual, aquele organiza uma política que delimita de forma explícita o alcance e o limite deste. Configura-se, portanto, uma situação – especificamente o licenciamento compulsório de patentes dos anti-retrovirais – em que a política se sobrepõe ao Mercado.

Em face do exposto, cabe discutir a relação entre o Estado e o Mercado no âmbito da política de saúde. O presente estudo tem por objetivo principal expor o processo histórico de implementação das políticas públicas de saúde no Brasil, analisando, ainda, como pano de fundo, a concessão de medicamentos anti-retrovirais pelo Estado, política toma lugar em nítido conflito com o Mercado.

Visando a atingir os objetivos propostos, o trabalho volta-se, em um primeiro momento, para uma pesquisa bibliográfica e documental tanto no que tange à política pública de saúde como um todo, quando no que diz respeito à interação entre as políticas públicas de saúde para a AIDS no país. Foram utilizados como fontes de pesquisa documentos oficiais (como as NOB–SUS) e sítios oficiais do governo brasileiro, o que proporcionou uma visão sobre o estado da arte relativo ao

tema de trabalho. Também foram utilizadas fontes secundárias com vistas a ampliar a compreensão do processo de implantação e operacionalização das políticas públicas de saúde. A discussão é materializada pela análise do licenciamento compulsório de patentes dos anti-retrovirais ocorrido durante a gestão de José Serra no Ministério da Saúde.

O trabalho foi dividido em cinco capítulos. No primeiro, foi feita uma trajetória histórica da saúde pública no Brasil. No segundo capítulo, abordam-se o financiamento e a alocação de recursos nas políticas públicas brasileiras, especificamente nas políticas de saúde. O terceiro capítulo trata de algumas questões decorrentes do conflito entre Estado e Mercado na implementação de políticas públicas de saúde, enquanto o quarto discute o papel de atores sociais e do Estado no processo de implementação das políticas públicas de saúde e do licenciamento compulsório de patente como uma forma de implementação de tais políticas. Por fim, o quinto capítulo apresenta as conclusões do trabalho.

Diante de todas essas colocações, o estudo apresenta relevância por ser a saúde um bem público e a política de saúde, em si, um elemento limítrofe no próprio sistema brasileiro de proteção social. A relação Estado-Mercado representa um elemento essencial no debate contemporâneo acerca dos limites de ambos. O caso do programa DST-AIDS é um ponto exemplar neste debate, no qual o bem público da saúde encontra-se com a capacidade do Estado em fazer prevalecer uma política pública de alcance universal, tal como definida na própria Constituição.

1. TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE NO BRASIL

De 1500 a 1808, a atenção à saúde no Brasil era simplesmente curativa, sem nenhum esboço do que hoje se denomina medicina preventiva. A medicina curativa de então era realizada através de práticas indígenas, africanas e mesmo portuguesas, as quais conservavam em muito o caráter do mundo medieval. Eram utilizados os recursos da terra e os conhecimentos empíricos e, já nessa época, registram-se os primeiros estudos da flora e da fauna brasileiras por parte dos jesuítas, que ansiavam por conhecer o poder curativo das plantas medicinais brasileiras.

Com a chegada de D. João VI e da família real, em 1808, surgem as necessidades de uma estrutura sanitária mínima e também de uma estrutura urbanística para a corte. Nesse momento histórico há a criação da Escola de Medicina da Bahia (1812) e da Escola de Medicina do Rio de Janeiro (1815), fatos que marcaram a passagem da valorização do conhecimento prático para o teórico. Durante o primeiro reinado (1822 – 1831), não houve grandes avanços na questão da saúde no Brasil, sendo que a prática médica ainda estava dissociada dos ensinamentos acadêmicos.

Já durante o Segundo Reinado (1840 – 1889), o quadro da saúde no Brasil começa a mudar. O Estado passa a intervir nas questões de saúde, sendo delegadas atribuições sanitárias às juntas municipais. Passa a ocorrer controle portuário sanitário, com o intuito de evitar a chegada ao território de novas epidemias. Aliado a estas medidas, ganham corpo internamente as autoridades vacinadoras. Em 1882 acontece a Reforma de Sabóia, que, dentre outras conseqüências, aliou o ensino à prática médica, além de imprimir à medicina um caráter mais científico, tendo em vista, principalmente, as crescentes descobertas da microbiologia.

No período da denominada República Velha (1889 até 1930), período costumeiramente identificado como um regime oligárquico, começa a surgir um movimento intelectual e político que pensa a questão da saúde como o “problema vital brasileiro”, nos dizeres de Monteiro Lobato. Os intelectuais e cientistas desta época acreditavam que só a partir do fortalecimento do Estado seria possível a expansão estatal de cunho nacionalista no território nacional, porém, tal

fortalecimento dependia da implementação de políticas públicas voltadas para a educação e, principalmente, para a saúde e o saneamento, visto que havia a consciência política do efeito negativo do quadro sanitário sobre o país.

A compreensão sobre a gênese do movimento sanitarista da Primeira República é favorecida quando se identificam as afinidades que foram se estabelecendo entre uma comunidade de cientistas em formação, projetos intelectuais e políticos de cunho nacionalista e propostas políticas de expansão da autoridade estatal no território e de redefinição do pacto federativo. (LIMA, 2005, p.77)

Dessa forma, a República Velha é marcada por uma maior visibilidade do Estado nas questões de Saúde, isso porque o país passa pela transição do trabalho escravo para o assalariado com a conseqüente urbanização e surgimento das primeiras fábricas, que, além dos braços dos negros libertos, necessita da força de trabalho dos imigrantes para a formação do operariado nacional.

Diante desse quadro urbano e laboral, não é difícil visualizar o caos sanitário pelo qual passava o país. Varíola, malária, febre amarela e a peste se espalham pelos centros urbanos brasileiros. Nesse contexto histórico, o sanitarista Oswaldo Cruz se torna figura de destaque na implementação das ações de saúde no país, através da ampliação das competências da Diretoria Geral de Saúde Pública e da erradicação da febre amarela. O Estado exerce um controle fiscal e policial quanto às questões de saúde: os guardas sanitários utilizam da força e da arbitrariedade para implementar as ações estatais. Um exemplo desta arbitrariedade ocorreu em 1904, com a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, a qual culminou na Revolta da Vacina. Esse modelo de intervenção estatal foi ampliado por Carlos Chagas, que, além da intervenção, passou a desenvolver ações preventivas no sentido de promover uma educação sanitária.

Com a Revolução de 1930, houve um fortalecimento do aparato estatal em saúde, consolidando-se um modelo verticalizado e setorializado, ao mesmo tempo em que se verifica a formação de uma burocracia pública fortemente profissionalizada e que teria um papel político relevante nas décadas que se seguiram. As políticas de saúde nesse período são de caráter nacional e organizadas em dois sub-setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária, surgido a partir dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS).

A saúde pública foi norteadada, então, por campanhas sanitárias; pela coordenação dos serviços estaduais de saúde pelo Departamento Nacional de Saúde, em 1937; pela interiorização das ações para as áreas de endemias rurais;

pela criação de serviços de combate às endemias; e pela reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941.

Já a Medicina Previdenciária adota, no período de 1930 a 1945, uma política contencionista, reduzindo a cobertura dada aos segurados devido ao crescimento da massa de segurados e benefícios sem o correspondente aumento das receitas financeiras. Em consequência dessa mudança de concepção sobre o sistema previdenciário, a legislação do período procurou demarcar as diferenças entre Previdência e Assistência Social, propondo limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica.

No período de 1945 a 1950, a política nacional de saúde, iniciada em 1930, foi consolidada, sendo criado, durante a Segunda Guerra Mundial, o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. Também é importante destacar que o Ministério da Saúde foi criado na década de 1950, na qual houve um crescimento acelerado das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Na assistência, conforme dados do site do Ministério da Saúde, esse órgão atuava apenas por meio de alguns hospitais especializados nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública – FSESP –, principalmente no Norte e Nordeste. Além disso, os trabalhadores formais e seus dependentes tinham acesso aos serviços de saúde próprios ou contratados dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) aos quais sua categoria profissional estivesse vinculada.

Após o golpe militar de 1964, a política de saúde foi ampliada, burocratizada e modernizada com a finalidade de aumentar o poder de regulação do Estado sobre a sociedade. Em 1965, foi promulgada a Lei nº 6.299/65, que constituiu formalmente o Sistema Nacional de Saúde. No ano seguinte (1966), ocorreu a Fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensão em um único Instituto – o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) – o qual excluiu os trabalhadores da gestão do IAPS e deixou a estes somente o papel de financiadores do sistema.

Em 1968, o AI5 (Ato Institucional nº 05), com consequente restrição de Direito Cívico e Político, e outros fatos históricos, sociais e econômicos – como o milagre econômico brasileiro, crescimento de emprego formal, oferta de crédito subsidiado e a fundo perdido para empresários da saúde – foram mudando a face do sistema.

Cabia ao INPS ser o órgão responsável pela Gestão do “Seguro Social Brasileiro”, entendido como um conjunto de políticas de previdência e assistência à saúde, voltado à garantia de uma retribuição estatal à contribuição dos trabalhadores formais à Previdência Pública.

Nesse contexto histórico, os programas de saúde desenvolveram-se com base no privilegiamento do setor privado, reproduzindo na política social as tendências da nova política econômica implantada e incorporando as modificações tecnológicas ocorridas no exterior. Em razão disso, a saúde no Brasil passa a uma fase de medicalização, com ênfase na prática clínica, através de ações centradas na assistência médica curativa, individual, com desvalorização das ações preventivas e coletivas preconizadas pela saúde pública.

Em 1978, o início da crise econômica resultou no agravamento dos problemas sociais devidos ao baixo crescimento da economia e ao aumento da migração do campo para as cidades e das cidades menores para as maiores (inchaço urbano, favelização); no crescimento do endividamento externo; na inflação crescente e na depreciação das condições de saúde. Nessa época, deu-se a “Reforma da Previdência” e a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINDAS), constituído pelo Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), pelo Instituto Nacional de Previdência Social e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). O INAMPS assumiu a responsabilidade de prestar assistência à saúde a seus associados e dependentes, através dos serviços próprios e conveniados. Os brasileiros que não podiam pagar, ou não possuíam carteira assinada, dependiam dos poucos serviços públicos estaduais e municipais, assim como da rede filantrópica de assistência existente. O INAMPS repassava às suas Superintendências Regionais recursos proporcionais à arrecadação de cada Estado, logo, os Estados mais industrializados e com mais contribuintes dispunham de mais e melhores serviços.

A partir de então, várias propostas de cunho reformista e racionalizador foram tentadas. Em 1981, através do Decreto Presidencial nº 86.329, de 29/09/1981, foi criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, subordinado diretamente à Presidência da República. O CONASP implementou as estratégias das Ações Integradas de Saúde (AIS), visando a alcançar níveis de articulação institucional que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes.

Com o processo da “Abertura e Redemocratização”, em 1978, o Congresso Nacional e os movimentos sociais pressionam por reformas no Sistema de Saúde e, em meados da década de 80, o INAMPS adotou medidas que ampliaram o acesso, como o fim da exigência de apresentação, por parte de pacientes que buscassem assistência hospitalar ou ambulatorial nas Unidades próprias do INAMPS, da carteira do trabalho e previdência social e da carteira de beneficiário (Resolução INAMPS nº 098). Em seguida, houve a extensão, aos trabalhadores rurais, precariamente assistidos pelo FUNRURAL, do direito de acesso aos Serviços do INAMPS (Resolução INAMPS, 115).

É importante ressaltar que, na década de 1980, surge a participação de novos atores na discussão das condições de vida da população, assumindo a saúde uma dimensão política, relacionada à democracia. Dentre eles, destacam-se os profissionais da saúde, que defendiam, não uma posição corporativista, mas questões sociais, tais como uma ampla reforma sanitária e o fortalecimento do setor público. Também os partidos de oposição, que passam a projetar o tema da saúde mais fortemente em seus programas, viabilizaram debates no Congresso para a política do setor. Por fim, movimentos sociais realizaram eventos de conscientização e mobilização da sociedade civil no que tange à questão da saúde.

O fato decisivo para a discussão da questão da saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização do VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília (DF). Tal evento havia sido pensado como um instrumento do processo de elaboração do novo Sistema Nacional de Saúde, sendo convocado para dirimir o impasse, refazer as alianças e traçar as estratégias correspondentes. Apesar de a sociedade em geral apresentar maior nível de organização, também o movimento sanitário teve um papel decisivo na organização e condução das conferências estaduais e no próprio evento principal. Nesse caso, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) teve um papel destacado. De acordo com Neto (2003, p. 49-50), o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde destacou os seguintes itens:

- O direito universal e igualitário à saúde;
- O papel do Estado, tanto em relação às ações específicas setoriais, quanto às políticas econômicas e sociais;
- A natureza pública das ações de Saúde e o papel supletivo do setor privado;

- A criação do Sistema Único de Saúde, com suas características e conteúdos, incluindo-se a Saúde Ocupacional;
- O financiamento ampliado e diversificado do Sistema Único de Saúde e
- As relações de subordinação das políticas de insumos (medicamentos, sangue, etc.), de equipamentos, de ciência e tecnologia e de recursos humanos em relação à política de Saúde.

Na esteira dos avanços e conclusões obtidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, a Abrasco realizou o 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em setembro de 1986. Apesar de ninguém contestar o papel decisivo da Conferência para a implementação de novas políticas públicas de saúde, foi no evento realizado pela Abrasco que, pela primeira vez, o movimento sanitário discutiu de forma sistematizada propostas de políticas de saúde para serem levadas à Assembleia Nacional Constituinte. Ao final do Congresso, foi apresentada e aprovada uma proposta de texto, a título de subsídio para a Constituinte (NETO, 2003).

De acordo com o movimento sanitário, os seguintes aspectos podem ser considerados como definidores centrais dos novos rumos da política nacional de Saúde e da Reforma Sanitária, devendo estar, portanto, assegurados constitucionalmente:

- O conceito de Saúde relacionado não apenas à assistência médica, mas a todos os seus determinantes e condicionantes, tais como trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros;
- O direito universal e igualitário à Saúde;
- O dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da Saúde;
- A natureza pública das ações e serviços de Saúde;
- A organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e municípios e sob controle social;
- Subordinação do setor privado às normas do Sistema Único de Saúde e, quando necessária, contratação deste sob as normas do direito público, constituindo-se uma diretriz de estatização progressiva;
- Desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias, e estabelecimento de pisos gastos;

- Proibição de participação do capital estrangeiro nas ações de Saúde;
- Proibição da propaganda de medicamentos;
- Subordinação das políticas de recursos humanos e de insumos (medicamentos, equipamentos, sangues e derivados) à política de Saúde, na busca da soberania nacional, através do incremento do desenvolvimento científico-tecnológico, e
- Explicitação de atribuições do SUS, na área de assistência, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saneamento e saúde ocupacional. (NETO, 2003, p. 55)

Nesse contexto histórico de redemocratização e participação popular, era imperiosa uma alteração do arcabouço jurídico brasileiro. Para tanto, foi convocada a Assembléia Nacional Constituinte com a difícil missão de conciliar em uma norma magna interesses distintos e, muitas vezes, provenientes de grupos antagônicos.

Nas palavras de Neto,

No caso brasileiro, a nova Constituição não é fruto de um processo revolucionário ou mesmo de um pacto social obtido pela participação das várias forças sociais. Mais que tudo, é quase uma 'atualização' constitucional de conquistas setoriais, viabilizadas pelo pacto político que superou o chamado Estado autoritário/militarista pelo Estado de direito" (NETO, 2003, p. 92)

É importante ressaltar que a convocação da Assembléia Nacional Constituinte não partiu de nenhum anteprojeto, apesar da existência do Projeto Afonso Arinos, o qual foi descartado pelo próprio Presidente da República ao convocar o Congresso. Convém registrar o fato de que este projeto, em relação ao tema da Saúde, não foi sequer considerado pelo movimento sanitário, uma vez que se mostrava descontextualizado em relação ao momento histórico vivido e aos avanços sociais obtidos, além do fato de desconsiderar as conclusões obtidas nos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Ainda segundo Neto,

a ausência de um texto constitucional pré-definido, significou, pelo menos no início, um processo extremamente rico e uma grande superfície de contato da Constituinte com a sociedade, algo extremamente desejável, já que a natureza congressual da Assembléia impediu que no processo eleitoral as teses fossem discutidas. (NETO, 2003, p. 57)

Diante da ausência de projeto de texto legal, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 22/8/86, tomou para si, a despeito da limitação de atribuições que o texto lhe

impunha, a tarefa de elaborar as propostas de texto constitucional para a Saúde e de conteúdo para a nova lei do Sistema Nacional de Saúde.

A Assembléia Nacional Constituinte aprovou regimento interno que dispunha sobre o processo de elaboração da Constituição e segundo o qual seriam obedecidas quatro fases sucessivas: subcomissões (com audiências públicas); comissões temáticas; comissão e sistematização; e Plenário. A questão da Saúde foi tratada pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, que passou a compor, no momento seguinte, a Comissão da Ordem Social.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária apresentou à Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Constituinte uma proposta que não conseguiu ser consensual, mas apenas majoritária: por um lado, os representantes da iniciativa privada a consideravam radical, e, por outro, os representantes do movimento sindical a consideravam insuficiente. De qualquer forma, pode-se considerar que a área da Saúde foi o setor que conseguiu chegar à Assembléia Nacional Constituinte com a proposta mais discutida, legitimada e completa e que continha o ideário do *movimento sanitário*, já explicitado desde 1979 no 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde e nas recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Em relação aos atores envolvidos nas discussões relativas à saúde, é interessante registrar que, dos 559 constituintes, 58 parlamentares desempenhavam profissões ligadas à Saúde, na maioria médicos. Conforme Neto:

No entanto, se isso poderia representar um alto percentual em relação ao total, só superado pelo de advogados, empresários e engenheiros, um estudo mais detido evidenciava um número bastante pequeno dos que tinham a questão da saúde nos seus currículos de história política. (NETO, 2003, p. 58)

A subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente desempenhou um papel significativo para a elaboração de propostas para o texto constitucional, uma vez que ouviu e debateu com entidades da sociedade civil, lideranças e dirigentes institucionais as respectivas reivindicações e propostas e, posteriormente, elaborou um relatório que, votado e aprovado, seria apresentado como anteprojeto para a Comissão de Ordem Social, sendo um embrião da estrutura da saúde conforme a conhecemos hoje.

Para melhor entender as propostas apresentadas para a saúde na Constituição Federal, é importante entender a composição da Subcomissão de

Saúde, Segurança e Meio Ambiente. A mesma foi presidida pelo deputado José Elias Murad, do PTB de Minas Gerais, farmacêutico e médico, ligado especialmente aos temas da indústria farmacêutica e ao problema das drogas, com uma perspectiva nacionalista. O relator, na prática o papel mais relevante, foi o deputado Carlos Mosconi, do PMDB de Minas Gerais, ex-presidente da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, ex-secretário de Saúde do Distrito Federal, médico, ligado à Saúde na perspectiva do *movimento sanitário*, embora originalmente nefrologista e proprietário de serviço médico privado.

A análise da composição e perfil da subcomissão, composta por vinte e um Constituintes e vinte e um suplentes, revelou uma primeira surpresa: a maioria não havia escolhido a subcomissão como primeira opção, o que revela a falta de importância a ela conferida. Estes se dividiram polarmente entre os adeptos das teses da VIII Conferência Nacional de Saúde e os defensores da iniciativa privada na Saúde. Além disso, outro fator que deve ser levado em conta quanto aos rumos do anteprojeto da comissão é o de que ele foi oriundo da articulação com os elementos da Constituinte que estavam tratando dos aspectos tributários e orçamentários, em particular o deputado José Serra (PMDB – SP).

Na primeira versão do anteprojeto, este já possuía um rosto que acabou sendo preservado até o final da Constituinte: o da Seguridade Social, isto é, a idéia de que Saúde, Previdência Social e Assistência deveriam conformar um mesmo conjunto, sob a denominação de Seguridade Social (NETO, 2003, p.66).

A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais, segundo Teixeira Fleury (1989, p. 50-53), três pontos principais: a politização da questão da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. A mudança do arcabouço institucional ocorreu, principalmente, com a adoção de medidas que visavam ao fortalecimento do setor público e da universalização do atendimento por parte deste, com a conseqüente redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde. Outra medida tomada foi a descentralização política e administrativa, com a execução dos serviços em âmbito local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, através do Decreto nº 94.657. O SUDS foi implantado através de convênios estabelecidos entre o INAMPS e os Estados e tinha como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária.

Em 1988, o SUDS adquiriu uniformidade jurídico-legal, através do convênio-padrão SUDS 01/88, que induziu a estratégia de estadualização da gestão do sistema, pela transferência de funções federais e pela importância dada às Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS. Seu principal objetivo foi a unificação dos Sistemas Federais (MS e INAMPS), com vistas à descentralização e universalização da cobertura.

Em 1988, com a Constituição Federal, a Saúde passa a ser “Direito de Todos e Dever do Estado”, compreendida dentro de um conceito ampliado como uma determinação das condições de vida, garantida mediante políticas sociais e econômicas visando à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Além de estabelecer a universalidade em qualquer nível de atendimento, bem como a responsabilidade estatal por sua provisão, substituindo, assim, o modelo prévio baseado no seguro social, a Constituição de 1988 estabeleceu a unificação da política de saúde em qualquer nível de governo, bem como a transferência do comando desta política para o Ministério da Saúde. Essas decisões objetivaram eliminar a dualidade prévia entre atenção preventiva e curativa, assim como tirar a atenção curativa do âmbito de autoridade da Previdência Social, particularmente do INAMPS.

Finalmente, a Constituição definiu que o sistema seria descentralizado, revertendo, portanto, o padrão centralizado de formação do Estado Brasileiro, que se iniciou na década de 1930. Em conjunto, essas regras constitucionais definiram os princípios do SUS. Em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde, definido pela Lei nº 8.080/90 como “um conjunto de ações e serviços de saúde públicos e privados contratados que desenvolvem ações de promoção, proteção e recuperação da saúde”. Os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde foram implementados pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica: a saúde como direito, a universalidade, a integralidade da assistência, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização, a participação da comunidade, a intersetorialidade, a humanização do atendimento e a resolutividade.

O princípio da **saúde como direito** traz a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e ao estabelecimento de condições que assegurem

acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. Já a **universalidade** é o princípio que dá o acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie.

Na **integralidade da assistência**, a saúde é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. **Eqüidade** é o princípio que traz a igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e de saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

A **descentralização** é o processo de transferência de responsabilidade de gestão de um ente estatal para outro, acompanhada da transferência de recursos financeiros, para atender as determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. **Regionalização** é a forma de organização dos Sistemas de Saúde, com base territorial e populacional (adotada por muitos países), na busca de uma distribuição de serviços que promova eqüidade de acesso, qualidade, otimização dos recursos e racionalidade de gastos. Ela constitui uma estratégia para corrigir as desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços de saúde, por meio da organização funcional do sistema, com a definição das responsabilidades de cada município e dos fluxos de referência para a garantia de acesso da população residente na área de abrangência de cada espaço regional. Completa este panorama organizacional o princípio da **hierarquização** focado em organizar os Sistemas de Saúde em níveis de complexidade crescente, em que o acesso entre os níveis se dá através dos mecanismos de referência e contra-referência municipal e intermunicipal.

A **participação da comunidade** é uma expressão da democracia participativa em que novos sujeitos sociais participam da gestão do SUS de maneira ativa como formuladores e fiscalizadores das Políticas Públicas de Saúde Brasileiras, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Esta participação da comunidade ocorreria através de Canais Institucionalizados (criados por Leis ou Decretos), como as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Intersetorialidade é o desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e

programas de interesse da saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

A **humanização do atendimento** traz a responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e o estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população. Na implantação da Política Nacional de Humanização – PNH –, o SUS vem trabalhando pela consolidação de quatro objetivos específicos, quais sejam: reduzir filas e tempo de espera, ampliando o acesso com acolhimento adequado e resolutivo; informar a todos os usuários sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e quais são os serviços responsáveis por sua referência territorial; garantir aos usuários, através das unidades de saúde, acesso a informações gerais sobre saúde e, ainda, garantir que sejam acompanhados, durante seus tratamentos, por pessoas de sua livre escolha, e, por fim, garantir, nas unidades de saúde, educação permanente aos trabalhadores e gestão participativa, incluindo trabalhadores e usuários. Finalmente, **resolutividade** é a eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade à população brasileira.

O Processo de Implantação do SUS é balizado pelas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS), instituídas por meio de portarias ministeriais. Essas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir novas responsabilidades e atribuições no processo de implantação do SUS. As ações e processos são pactuados no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT – e submetidas ao Conselho Nacional de Saúde – CNS.

As NOBs são instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientem a operacionalidade do Sistema a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS. São seus objetivos: induzir e estimular mudanças; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos táticos operacionais; regulamentar as relações entre os gestores e normatizar o SUS.

Embora o SUS tenha sido implantado durante o governo do presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992), este não tinha grande simpatia pelo projeto

de descentralização e pretendia ampliar o controle político do governo federal sobre os estados e municípios. Assim, nomeou para ministro da Saúde um ex-funcionário do INAMPS, Alcení Guerra, cuja estratégia era postergar a descentralização. Possivelmente por orientação presidencial, por oposição ao sistema único e por questões orçamentárias, estabeleceu vínculos diretos com os municípios e ampliou a autonomia do governo federal em relação às transferências intergovernamentais (LUCCHESI, 1996 apud NETO, 2003).

Diante deste quadro político, foi editada a Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91) e posteriormente reeditada com alterações pela resolução do INAMPS nº 273, de 17 de julho de 1991, publicadas no Boletim de Serviço daquele Instituto. Os principais pontos da NOB/SUS 01/91 foram a equiparação dos prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento, passando a ser o pagamento, em ambos os casos, pela produção de serviços; a centralização da gestão do SUS no nível federal (INAMPS) e o estabelecimento do instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

Os municípios aderidos ao processo de descentralização da saúde, via municipalização, são aqueles que atendem os requisitos básicos, tais como a criação dos Conselhos Municipais de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, o plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos, a programação e Orçamento da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde, a contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento e a constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com o prazo de dois anos para a sua implantação.

Foi instituída também pela NOB/SUS 01/91 a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), destinada a reajustar os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios. A cobertura ambulatorial anual é obtida pela multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação. Foi modificado o sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas) com a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Percebe-se que essa NOB não representou propriamente um mecanismo de descentralização, que era um dos princípios capitais do SUS. Assim, durante o governo Itamar Franco (1993-1994) foi traçada uma estratégia que estabeleceu

regras que aprofundassem a descentralização e institucionalizassem sua influência na formulação da política. Para tanto, o então presidente nomeou Jamil Haddad como Ministro da Saúde, o qual tinha vínculos com o movimento sanitário. Portanto, os reformadores progressistas voltaram a ocupar posições-chave no Ministério da Saúde e o processo de formulação foi aberto à participação do movimento sanitário. Representantes do Ministério da Saúde e autoridades da saúde dos estados e municípios foram chamados a integrar uma comissão especial, denominada Grupo Especial de Descentralização (GED), para formular uma nova NOB em substituição àquela do governo Collor.

Essa norma foi editada pela portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, formalizando os princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central “A municipalização é o caminho”, e desencadeando um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena).

Dentre os principais pontos dessa NOB destacam-se a criação da transferência de recursos regular e automática (fundo a fundo) e do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena; a habilitação dos municípios como gestores; a definição do papel dos Estados de forma frágil, sendo que eles, ainda assim, passaram a assumir o papel de gestores do sistema estadual de saúde. Nesse momento são também constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores.

O êxito das mudanças promovidas com a NOB/SUS 01/93 desencadeou uma ampla discussão no setor de saúde e levou à construção de uma nova Norma Operacional Básica que representasse um salto de qualidade na oferta dos serviços e ações desenvolvidas pelo SUS em todo o país.

Contudo, a partir de meados de 1993, o Ministro da Previdência Social, Antônio Britto, suspendeu a transferência de recursos das contribuições sociais para o Ministério da Saúde, com vistas a resolver os problemas de seu próprio ministério em relação à manutenção dos pagamentos previdenciários. Na medida em que a política de saúde não estava mais no âmbito de seu ministério, o ministro não tinha mais incentivos políticos para cumprir o compromisso de transferir 30% das receitas da seguridade social para outra seara. Portanto, as receitas do Ministério da Saúde deveriam advir basicamente do Orçamento Geral. O Ministro da Saúde, Jamil

Haddad, era politicamente fraco em relação aos ministros da Economia e do Planejamento. Embora o desfalque no orçamento da Saúde tenha sido aliviado através de um empréstimo junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT –, esses recursos não foram suficientes para cumprir os compromissos assumidos com estados e municípios.

Devido à insegurança quanto às transferências federais necessárias para a cobertura dos custos, o que resultaria em gastos adicionais com instalações de saúde e contratação de pessoal, os gestores municipais ficaram receosos em aderir ao programa de descentralização da Saúde. Em consequência, até 1997, 3.127 municípios dentre 4.973 – 63% do total – aderiram ao Programa Federal de Descentralização, sendo que apenas 144 deles aderiram ao nível de maior complexidade. Isso porque havia uma grande incerteza quanto à capacidade do governo federal de realizar os repasses devidos aos governos locais, principalmente em razão da escassez de recursos do Ministério da Saúde.

Este quadro permaneceu até 1996, quando o Ministro da Saúde do governo Fernando Henrique, Adib Jatene, conseguiu aprovar uma emenda constitucional criando uma nova fonte de receita para a política de saúde, a Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras (CPMF). Porém, tal fato não foi suficiente para garantir o custeio da saúde, pois, no ano seguinte, o Ministro da Economia, Pedro Malan, conseguiu cortar os recursos do Ministério da Saúde no Orçamento Federal, de modo que a aprovação da CPMF apenas substituiu outras fontes tributárias.

Ainda na gestão do ministro Jatene foi editada a NOB/SUS 01/96, a qual promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e os estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências destes e dos estados. Os objetivos gerais dessa norma foram promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes, com a respectiva redefinição das responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e União. Logo, explicitava-se um novo pacto federativo para a saúde, reorganizando o modelo assistencial, descentralizando para os municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica da saúde e mantendo a estratégia de permitir que estados

e municípios escolhessem o nível de responsabilidades em saúde que estavam interessados e qualificados para assumir.

No que tange a este último aspecto, a principal diferença refere-se ao fato de que havia apenas duas opções: assumir a responsabilidade da totalidade dos serviços de atenção básica ou, alternativamente, ser responsável pelo sistema local de saúde, o que incluía contratar e pagar hospitais especializados e clínicas. As transferências tornavam-se automáticas assim que o município se qualificasse para uma das condições de gestão, mas os valores transferidos pelo Ministério da Saúde variavam de acordo com a complexidade das funções assumidas. Outro objetivo da NOB 01/96 era aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais aos estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos e fortalecendo a gestão do SUS, compartilhada e pactuada entre os governos municipais, estaduais e federais, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores.

Portanto, ainda que as autoridades locais de saúde tenham alcançado a institucionalização de sua participação na formação da política nacional de saúde, o fato de o Ministério da saúde ser, simultaneamente, a principal arena decisória onde as decisões são tomadas e o ator cujos recursos são essenciais para as autoridades locais de saúde – inclusive para que estes produzam a sua posição sobre as decisões a serem tomadas – implica que o primeiro seja mais poderoso que os demais nesta arena decisória. Portanto, depende fortemente da vontade e da orientação do ministro da Saúde e extensão em que as demandas de estados e municípios serão incorporadas nas políticas federais. (ARRETCHE, 2005, p. 301)

Entre as principais características observadas na NOB 01/96 tem-se ainda a transferência aos municípios habilitados como “Plena da Atenção Básica” os recursos financeiros com base *per capita* relativos a esta responsabilidade, criando o PAB (Piso Assistencial Básico), repassado fundo a fundo com base em valor nacional per capita para a população coberta. Reorganiza-se também a gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada – FAE); reestrutura-se a gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial, através da criação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/ Custo (APAC); incorporam-se as ações de Vigilância Sanitária, criando-se o incentivo para tais ações e também aquelas de Epidemiologia e Controle de Doenças; promove-se a reorganização do modelo de atenção, adotando como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da

Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de incentivo financeiro; aprimora-se o planejamento e define-se a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI), definindo-se as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde, além da gestão avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual para os Estados.

Mesmo existindo total autonomia por parte dos Estados em não aderir aos programas do governo federal, a NOB 96 estabeleceu incentivos importantes, pois as novas regras acrescentavam recursos fiscais a 66% dos municípios brasileiros e eram fiscalmente neutras para 22% deles. Na medida em que os municípios tinham a prerrogativa da não-adesão e calculavam os custos e benefícios de se tornarem responsáveis por políticas públicas, pareceu uma troca vantajosa qualificar-se para atender às exigências do Ministério da Saúde em troca de ganhos fiscais adicionais.

Conforme aponta Marta Arretche (2005, p.301)

Em outras palavras, ainda que as garantias institucionais dos estados federativos permitam a não-adesão de estados e municípios aos programas federais, no caso da saúde haveria um preço a ser pago: não receber as transferências federais. Este preço era ainda mais elevado em 2000 do que no início da década de 1990, porque ao longo deste período muitos governos locais já haviam assumido a responsabilidade pública por prestar serviços de saúde. No caso de não aderir à NOB 96, os governos locais teriam de arcar com os custos políticos e fiscais de deixar o SUS e, portanto, manter a oferta de serviços com seus próprios orçamentos. Por outro, a adesão à NOB 96 significava para os governos locais uma limitada autonomia para decidir sobre seus próprios orçamentos. Por outro lado, a adesão à NOB 96 significava para os governos locais uma limitada autonomia para decidir sobre seus próprios programas de saúde.

Com a substituição do Ministro Jatene pelo Ministro Carlos Albuquerque, houve uma reorientação na conduta do Ministério da Saúde e uma rediscussão de alguns conceitos contidos na versão original da NOB/SUS 01/96, principalmente em relação ao PAB e o financiamento necessário para a implementação. A Instrução Normativa 01/97, editada em 15 de maio de 1997, regulamentou o processo, fluxos, requisitos e instrumentos de comprovação para Estados e municípios se habilitarem às novas condições de gestão da NOB/SUS 01/96.

Discussões entre o Ministério da Saúde, Estados e municípios sobre o financiamento do SUS e a implantação da NOB/SUS 01/96 consumiram quase todo o ano de 1997. Em dezembro de 1997 e janeiro de 1998, o Ministério da Saúde publicou um conjunto de portarias regulamentando a implementação da NOB/SUS 01/96. O conceito original do PAB foi modificado: deixou de ser Piso Assistencial

Básico e passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência. A portaria 1.882/97 definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB, sendo a parte nacional fixa definida em R\$10,00 per capita/ano, a ser transferida fundo a fundo, de forma regular e automática, aos municípios habilitados na NOB/SUS 01/96. Foi criado o “valor máximo da Parte Fixa do PAB”, estipulado em R\$ 18,00 habitante/ano na reunião da CIT de 27 de janeiro de 1998. Também foi criada a Parte Variável do PAB, que correspondia a incentivos destinados às ações e programas tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o Programa de Saúde da Família, o Programa de Combate às Carências Nutricionais e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária. Como incentivo a estas ações foi definido um valor R\$ 0,25 habitante/ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB. Por fim, foi criada a Assistência Farmacêutica Básica, as Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental e foi definida uma nova tabela do SIA/SUS.

Em 31 de março de 1998, toma posse como Ministro da Saúde José Serra, primeiro ministro da saúde não médico, mas que, devido à sua passagem pelo Ministério do Planejamento e Orçamento, era politicamente mais forte que seus antecessores, particularmente no que diz respeito ao permanente conflito com o Ministro da Economia, Pedro Malan, cuja política de ajustamento fiscal implicava cortes de recursos para seu ministério. Portanto, diferentemente dos ministros anteriores, José Serra foi capaz de tornar crível aos governos locais que os compromissos de transferências federais seriam efetivamente cumpridos. Destarte, até dezembro de 2000, 99% dos 5.507 municípios brasileiros haviam aderido à NOB 96. Faz-se necessário, entretanto, relatar uma única exceção importante, a cidade de São Paulo, onde o prefeito Paulo Maluf desenvolveu um programa de saúde alternativo, baseado em cooperativas médicas, fato que seria utilizado em sua campanha eleitoral. Após a eleição de Marta Suplicy e a conseqüente designação de Eduardo Jorge para o cargo de secretário de Saúde, São Paulo também aderiu ao SUS.

Por derradeiro, convém lembrar que, ainda como instrumento regulador dos macro-processos da gestão do SUS, foi publicada no Diário Oficial de 27 de fevereiro de 2002, a NOAS 01/02, na qual, mais uma vez, são explicitadas e focalizadas as práticas, os princípios e diretrizes que norteiam o SUS,

consubstanciados na Constituição Federal/88 e nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

2 FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS

O financiamento do sistema de saúde ocorre através de três orçamentos federais diferentes: o fiscal, o orçamento de investimento das estatais e o orçamento da Seguridade Social. Os Estados e Municípios também participam diretamente, mas o financiamento básico está ligado à Seguridade Social em razão de sua vinculação a esse instituto, além de “outros” recursos que poderão acontecer oriundos tanto do orçamento fiscal, quanto das estatais, para investimento nas empresas públicas do setor.

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento e a Contribuição sobre o Lucro Líquido, sendo que os aportes provenientes de fontes fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com pessoal e encargos sociais. A Emenda Constitucional 29 (EC 29/2000) estabeleceu a vinculação de um percentual de recursos orçamentários dos níveis de governo – União, Estado, Municípios – para o financiamento da saúde. A referida Emenda exige a aplicação de montantes mínimos de recursos na saúde: 12% da arrecadação dos Estados e Governo Federal; 15% da arrecadação dos Municípios e Distrito Federal; e o gasto do ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, pela União. Ocorre que a maioria dos governos estaduais e vários municipais vêm descumprindo sistematicamente essa norma e vem incluindo nas despesas com saúde os gastos com outras políticas públicas, o que fez diminuir, significativamente, as verbas da saúde esperadas com a aprovação da EC 29. Ou seja, os valores aplicados pela União mostraram-se insuficientes nos últimos oito anos, tanto pelo valor da União destinado às ações e serviços de saúde, como pela ausência da aplicação correta pelos Estados e grande parte dos Municípios.

A EC 29 determinou também que Lei Complementar estabelecesse critérios de rateio dos recursos da saúde entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de definir mecanismos de fiscalização e controle dos recursos da saúde para combater desvios e fraudes. Estipulou, ainda, que, a cada cinco anos, devam ser revistos os valores aplicados no setor. É, então, necessário regulamentar a Emenda Constitucional 29 (EC 29) para redefinir o montante de recursos a serem aplicados pela União e regulamentar os critérios de cálculo do montante a ser

aplicado por ela, Estados, Distrito Federal e Municípios no setor saúde. Faz necessário definir também o que são gastos com “ações e serviços públicos de saúde”, os mecanismos de execução orçamentária, o fluxo dos recursos nos fundos de saúde, a prestação de contas, o sistema nacional de informação pública dos gastos em saúde, o controle social, a penalização do gestor que descumprir a lei, dentre outros.

Dados mostram que de 1995 a 2005, os gastos do governo federal com saúde passaram de R\$ 28,7 para R\$ 35,9 bilhões, já descontados o efeitos da inflação, mas caíram em relação ao Produto Interno Bruto, a soma das riquezas produzidas no país. A redução foi de 1,79% para 1,59% do PIB. As informações fazem parte de um estudo divulgado no início do ano pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), vinculado ao Núcleo de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, que avaliou os gastos sociais federais considerando a política econômica adotada no país (BRENDLER, 2008).

Nos 11 anos avaliados pelo estudo, a saúde se manteve na terceira posição entre as áreas sociais com maior destinação de recursos, precedida pela Previdência e pelos Benefícios a Servidores Públicos.

É importante ressaltar que, em relação à destinação constitucional de recursos, cabem aos Municípios, também, responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria. Assim, todos precisam monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e de celebração de convênios de cooperação técnica. Outras responsabilidades enumeradas no Pacto de Gestão regulamentadas pela Portaria 399/GM, de 30 de março de 2006, mediante a assinatura do “Termo de Compromisso de Gestão Municipal”, representam componente indispensável para aprimoramento da Gestão em Saúde e são valiosos instrumentos para dar suporte aos gestores, na medida em que demonstram recursos a serem buscados e como alocá-los com eficiência, garantindo a estabilidade e sustentação econômica do Fundo Municipal de Saúde.

O financiamento da Saúde apóia-se em iniciativas relacionadas com a organização e programação dos serviços e acesso da população. A programação da assistência deve partir das ações básicas em saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de

demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial como na de promoção e prevenção.

Outros mecanismos importantes para a gestão dos recursos financeiros são os contratos com prestadores e o processo de avaliação dos instrumentos contratuais. Cerca de 78% dos prestadores de serviços ao SUS não possuem relações estabelecidas com os gestores por meio de instrumento formal. A indução de um processo de contratação não como um mecanismo burocrático, mas como um mecanismo relevante para o estabelecimento de oferta de serviços, na lógica da regulação das atenções, é um desafio que inibe crises e traz benefícios para redução do gasto público.

Outro princípio fundamental da assistência gerenciada é a responsabilização dos profissionais de saúde, essencialmente os médicos, pelo custo dos serviços que prestam. Isso faz com que o profissional leve em conta a dimensão econômica quando decide por um tratamento ou um medicamento e este princípio deve estar baseado em protocolos, reduzindo a possibilidade de utilização de recursos técnicos não estritamente necessários, encorajando a utilização mais criteriosa e racional dos recursos existentes e, em particular, dos recursos tecnológicos, que na área médica têm custo alto e crescente.

A busca constante pelo aperfeiçoamento através da melhoria de conhecimentos técnicos nesses temas, que se constituem como matéria dos processos de verificação e acompanhamento na gestão dos recursos públicos, constata que é imprescindível um controle interno específico pautado no planejamento público, na compatibilização do Plano Plurianual com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e com Lei Orçamentária Anual e na execução da despesa em acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal, evidenciando-se cumprimento de metas pactuadas de assistência e aplicação dos recursos do financiamento da saúde conforme a legislação e as portarias do Ministério da Saúde.

Esse controle específico para as Secretarias de Saúde, gestoras do SUS, considerando as fontes de financiamento das três esferas do governo, possibilita o acompanhamento e a avaliação da aplicação do dinheiro público nos gastos com saúde, dentro dos parâmetros de excelência de como gastar bem, com transparência e controle, para que se tenha economicidade, eficiência e eficácia, com vistas à qualidade de atendimento ao usuário SUS.

Considerando, ainda, o processo de organização e construção do Sistema Único de Saúde, não é possível referir-se ao Controle Interno no SUS, com ênfase na área de finanças públicas, sem introduzir alguns conceitos específicos, que são utilizados, rotineiramente, no discurso dos profissionais ligados ao Sistema, e aplicados em Auditoria Operacional (ações médicas). Deve-se, ainda, enfatizar a importância das ferramentas de controle, avaliação, regulação e dos sistemas de informação, pois os custos dos serviços de saúde estão intrinsecamente ligados à “caneta do médico”. Da mesma forma, é impossível ignorar a necessidade de uma reforma tributária que viabilize e compatibilize a diretriz da descentralização com a auto-suficiência também do financiamento.

A alocação de recursos constitui uma área crítica da gestão de recursos financeiros e não-financeiros, com um impacto direto sobre o custo e a qualidade dos serviços e a equidade na sua utilização. Corresponde ao processo pelo qual recursos existentes são distribuídos entre usos alternativos, que podem ser finais (programas ou atividades-fim), intermediários (os diversos insumos e atividades necessários à produção do serviço final), ou definidos em termos dos usuários dos serviços.

É importante ressaltar três aspectos do processo de alocação de recursos. Primeiramente, ele sempre resulta ou corresponde a um processo decisório sobre “onde alocar”, ainda que esse processo possa não ter sido anteriormente planejado ou simplesmente repetir o que já foi feito antes (o procedimento da manutenção da estrutura de gastos do ano anterior também representa uma decisão). Outro aspecto é o de que toda alocação tem impacto direto e claro sobre a eficiência e o custo dos serviços, ou seja, alocar recursos limitados a um conjunto de atividades significa que eles não estarão disponíveis para outras atividades o que poderá resultar em falta de materiais, falhas no apoio logístico ou outros problemas. O terceiro aspecto diz respeito ao fato de que toda política ou conjunto de prioridades se traduz em um padrão específico de alocação de recursos, em que estes sempre correspondem a certas prioridades, ainda que implícitas.

É comum autoridades políticas e/ou sanitárias definirem um conjunto de políticas e prioridades, mas uma análise do padrão de alocação de recursos pode revelar outra ordem de prioridades. Nesse caso, naturalmente, é o padrão de alocação que mostra as verdadeiras prioridades. Dessa forma, o conhecimento da distribuição dos recursos financeiros de acordo com critério específicos (alocação)

permite uma série de análises extremamente úteis, não só para o gerente financeiro, mas também para os tomadores de decisão das Secretarias Municipais de Saúde e dos próprios governos municipais. Eles constituem um instrumento imprescindível ao gerenciamento correto dos serviços de saúde, auxiliando no processo de repensar prioridades e identificando desequilíbrios e injustiças possivelmente insuspeitados.

É de suma importância essa questão, devido à discussão dos critérios de repasse dos recursos federais do SUS aos Estados e Municípios. Com as constantes mudanças dos critérios utilizados e a dificuldade de se encontrar um critério simples e não distorcido, a análise do padrão de alocação de recursos e suas conseqüências se revestem de importância crítica nesse momento da implantação do SUS.

Para caracterizar o padrão de alocação de recursos num determinado município e avaliar sua adequação, é necessário observar a distribuição da dotação orçamentária e/ou a despesa realizada por uma série de variáveis ou critérios. Em alguns casos, a informação já estará disponível, pois a contabilidade orçamentária já trabalha com essa abertura. Em outros, será necessário recorrer a levantamentos específicos e paralelos ou alterar a sistemática contábil para obter a informação. Por exemplo, para avaliar se o padrão de alocação de recursos PE é apropriado às políticas e prioridades do município por nível de assistência, é preciso que o sistema de informação permita identificar o gasto por esse critério, o que não é possível pelo sistema orçamentário tradicional.

Faz-se necessário também conhecer os padrões de alocação de recursos, dentre os quais, podem ser citados os que se seguem.

Alocação por nível e tipo de atenção: É necessário conhecer a alocação de recursos por nível de atenção (primária, secundária, terciária) e tipo de serviço (hospitalar versus ambulatorial, preventivo versus curativo), primeiramente, para confrontá-la com as políticas e prioridades enunciadas pelas autoridades sanitárias. Uma atividade ou programa considerado como prioritário deve receber recursos suficientes para que essa prioridade se concretize; de outra forma, a prioridade só existe no discurso. Em segundo lugar, é necessário avaliar a adequação da alocação de recursos às necessidades ditadas pelo perfil demográfico, epidemiológico e sócio-econômico da população. Em princípio, a um determinado perfil deveria corresponder um padrão de alocação de recursos, com os problemas de saúde mais importantes – em termos de incidência, prevalência ou impacto –

recebendo maiores recursos. Isso é ainda mais verdadeiro num momento em que, cada vez mais, os governos se vêem obrigados a contemplar uma redução no espectro de serviços que oferecem para se concentrar em alguns serviços prioritários, de maior alcance social ou epidemiológico.

Na realidade, o problema é que a maioria dos sistemas contábeis públicos não permite identificar diretamente a alocação de recursos ou despesas por nível de atenção ou tipo de serviço. Para se ter uma estimativa desses gastos, ainda que imperfeitamente, é necessário consolidar os dados de gastos por tipo de unidade (hospitais, centros de saúde). Seria, portanto, importante, do ponto de vista gerencial, modificar o sistema contábil-orçamentário a fim de disponibilizar essa informação.

Alocação por tipo de gasto ou função: Essa forma de alocação baseada na finalidade da atividade também é importante, pois permite identificar até que ponto os recursos estão sendo dirigidos para as atividades-fim da organização ou para aquelas que se quer priorizar. Essa é uma distribuição relacionada com a distribuição por tipo de atenção ou de serviço, só que aqui também se está interessado nas atividades não assistenciais. Por exemplo, é comum o setor público gastar muito pouco na manutenção de equipamentos e instalações, o que causa a desativação de muitos equipamentos e instalações relativamente novos. Conseqüentemente, os recursos humanos e outros que utilizariam esses equipamentos e instalações ficam ociosos, resultando em custo desnecessário e comprometimento da qualidade. Em muitos casos, uma simples realocação de recursos de outros itens para manutenção poderia evitar esse problema, independentemente do montante de recursos financeiros disponível.

O sistema de informação financeiro deveria, portanto, propiciar esse tipo de abertura, incluindo pelo menos as categorias de atividades operacionais finais, de apoio, de manutenção e de investimentos. É importante, pelas razões mencionadas, que se saiba, por exemplo, quanto a organização está gastando em manutenção, embora essa informação muitas vezes não esteja disponível nos sistemas de informação financeira tradicionais.

Alocação por tipo de insumo: A alocação de recursos por tipo de insumo é importante pelo impacto que causa sobre o custo, qualidade e efetividade dos serviços prestados. Um hospital com muitos médicos e poucas enfermeiras (ou vice-versa) terá certamente problemas com a qualidade da assistência. Outro hospital

com recursos humanos abundantes, mas sem dinheiro par adquirir medicamentos ou materiais médicos, estará desperdiçando dinheiro e comprometendo a qualidade dos serviços. Em muitos casos seria melhor reduzir o quadro de pessoal e gastar uma parte dos recursos assim liberados na aquisição de medicamentos e/ou materiais, mesmo com o mesmo montante de recursos totais. Da mesma forma, muitos órgãos públicos têm um quadro de pessoal administrativo ampliado em relação ao pessoal ligado à atividade-fim, com conseqüências negativas sobre o custo, desempenho e eventualmente a qualidade da assistência prestada (se esse inchaço resulta em recursos insuficientes para atividade-fim).

Nesse sentido, para se avaliar a adequação da alocação de recursos entre diferentes insumos é preciso que o sistema contábil-orçamentário forneça essa informação. Normalmente, é necessário conhecer a distribuição da dotação orçamentária e dos gastos pelo menos de acordo com a identificação de pessoal, medicamentos, materiais médicos, materiais não-médicos, serviços de terceiros, pois essa informação está normalmente disponível de acordo com a estrutura contábil utilizada no serviço público. É importante também destacar a categoria de pessoal, ou seja, médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, pessoa administrativo e pessoal de apoio.

Alocação por critérios geográficos e populacionais: Embora mais útil em nível nacional ou estadual, o conhecimento da alocação de recursos por área geográfica também pode ter sua utilidade em nível municipal, principalmente se o município conta com uma população rural de peso ou se os bairros e distritos do município têm características distintas. A distribuição geográfica e demográfica serve às vezes de aproximação a uma distribuição por grupos sócio-econômicos, cuja utilidade reside na avaliação da capacidade dos serviços de saúde para atingir os grupos mais desfavorecidos, aqueles que mais precisam do sistema público de saúde.

A alocação de recursos, de acordo com critérios explícitos é elemento central do processo de planejamento e orçamento, foi por muito tempo neutralizada pela burocratização do processo orçamentário do setor público, mas hoje está no centro das discussões sobre a implantação do SUS. Isso requer dos gerentes locais do SUS uma compreensão dos padrões e critérios de alocação de recursos e suas implicações.

A alocação de recursos públicos na área da saúde se deu com base em critérios não explícitos, geralmente fundamentados no padrão histórico de gastos, apesar de planos e declarações definirem prioridades raramente refletidas no padrão de gastos (por exemplo, a prioridade à atenção básica). Num contexto de contenção de gastos públicos e na ausência de uma política clara, os recursos são normalmente alocados de acordo com a “rigidez de demanda” relativa aos diversos programas e serviços, privilegiando aquelas despesas mais difíceis de conter e reduzir.

Com isso, e por trás da repetição do padrão histórico, dois critérios se sobressaem. O primeiro diz respeito à **rede instalada**, em que são privilegiados aqueles programas, unidades e tipos de serviço que, por sua estrutura e funcionamento, exigem mais recursos. Assim, aumenta-se o desequilíbrio entre atenção ambulatorial e preventiva e atenção hospitalar e curativa, em favor da última, sendo as alternativas de baixo custo de prestação de serviços (que caracterizam a atenção básica em geral) relegadas a segundo plano. Também se mantêm as desigualdades regionais que caracterizam a distribuição da rede de serviços.

O outro critério é o da redução do consumo de materiais, obviamente mais simples que a redução no quadro de pessoal, o que provoca um gasto com pessoal fixo ou crescente, diante de imperativos políticos, enquanto se reduz a alocação para outros insumos, como, por exemplo, os materiais de consumo, manutenção de instalações e equipamentos.

A despeito da existência de vários critérios de alocação de recursos, o grande gargalo do financiamento e alocação de recursos na saúde se refere à ausência de regulamentação da EC 29, isso porque a própria EC previa a edição de lei que estabelecesse os critérios legais de alocação e a fiscalização desta. Porém, diante do hiato legislativo, a decisão quanto ao percentual aplicado em que setor passa a ser do gestor, que, respeitando os percentuais constitucionais, costuma utilizar os recursos com base na avaliação dos custos políticos de suas escolhas

Outro fato histórico recente que merece destaque na discussão do financiamento e alocação diz respeito à rejeição do Senado Federal em prorrogar a CPMF, principal fonte de financiamento do SUS nos últimos anos. Reduziu-se, assim, em aproximadamente 1/3 os recursos da saúde sem que se apontasse nova fonte de recursos. Com a extinção da CPMF a União deixará de arrecadar, somente em 2008, R\$ 40 bilhões. Foi assim que uma das principais fontes de financiamento

da saúde (R\$ 16,4 bilhões/ano) se perdeu. A Previdência Social perdeu R\$ 8,4 bilhões, o Fundo de Erradicação da Pobreza, R\$ 6,7 bilhões. 8,5 bilhões eram de Desvinculação dos Recursos da União (DRU). Para compensar, o governo federal aumentou a alíquota do Imposto sobre Operações Financeiras e a Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido dos Bancos, mas estes representam somente a metade dessas perdas

Desta forma, verifica-se que a Saúde no Brasil enfrenta na verdade dois problemas centrais: a redução de receitas sem correspondente redução de cobertura e a ausência de regulamentação sobre alocação e fiscalização dos recursos constitucionalmente destinados à saúde. Isso faz com que a discussão envolvendo atores sociais e suas escolhas tenha total relevância quanto à definição das políticas públicas de saúde a serem implementadas.

3 DO ESTADO E DO MERCADO: A PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO

Ao longo da segunda metade dos anos 80 e nos anos 90, o debate em torno do tema da disponibilidade de bens e serviços para a sociedade traz embutida duas polêmicas principais: os mecanismos que presidem a relação Estado/Mercado e o debate sobre a eficiência do setor público em relação aos mecanismos privados em variados campos. De fato, o debate acerca dos papéis e da relação público-privado continua muito vivo no que se refere a bens e serviços relacionados com a satisfação das necessidades humanas essenciais, como é o caso dos cuidados de saúde, neles inserido o complexo médico-industrial (SANTOS, 2001). Portanto, para se discutir a implementação de políticas na área de saúde relativas ao Programa DST AIDS, objeto deste trabalho, faz-se necessária a discussão da tensão entre Estado e Mercado na provisão de bens e serviços. As questões que se apresentam, inicialmente, são: Quais as funções do Estado e do Mercado? Os serviços de saúde devem ser providos pelo setor público, ou pela iniciativa privada, pelo mix público/privado?

As políticas públicas se tornam prioritárias nessa discussão. As iniciativas nesse campo, no Brasil, ganharam relevo na década de 60, não como proposta política negociada para resolver os problemas da população, mas como exigência dos organismos internacionais para a concessão de empréstimos aos países em desenvolvimento. As últimas décadas retratam o ressurgimento da importância do conhecimento das políticas públicas, dadas, principalmente, as políticas restritivas de gasto, que passam a dominar a agenda de vários países, incluindo o Brasil. De fato, alguns países passaram a condicionar suas políticas públicas ao cumprimento do ajuste fiscal e do equilíbrio orçamentário, restringindo, de certa forma, a intervenção do Estado na economia e transformando as políticas sociais de universais em focalizadas, principalmente a partir da década de 80 (SOUZA, 2007, p. 65).

Não existe uma única definição de políticas públicas. Elas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de

governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (LUCCHESI, 2004). Mead (1995 apud SOUZA, 2007, p. 68) as define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980 apud SOUZA, 2007, p. 68) como um conjunto de ações do governo que irá produzir efeitos específicos.

O grande desafio das políticas públicas é, em certa perspectiva, que o Estado assuma posição ativa na construção de sistemas e modelos de atenção universais para beneficiar por escala as grandes majorias da população, sistemas que garantam a proteção social e a qualidade para todos e por todos em forma solidária. Esse desafio é, ainda, lograr que as políticas redundem em sistemas e serviços mais inclusivos, eqüitativos e solidários. As situações de desigualdades de acesso aos bens públicos impõem a necessidade do papel regulador por parte do Estado, de modo a alcançar modelos de atenção integrais, acessíveis e de boa qualidade, fundamentados na prática coletiva, de acordo com o conhecimento acumulado pela sociedade.

Essas políticas, sem dúvida, retratam bem a dicotomia Estado/Mercado na provisão de bens públicos e especificamente na provisão de serviços de saúde. As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica, em relação às outras políticas públicas da área social, consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se, desde 1988 e conforme a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios de **universalidade** e **eqüidade** no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de **descentralização** da gestão, de **integralidade** do atendimento e de **participação da comunidade** na organização de um sistema único de saúde no território nacional. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao adotar o modelo de **seguridade social** para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

No período pós-Constituição, as políticas de saúde no Brasil vêm sendo formuladas no contexto de uma reforma setorial abrangente, que opera mudanças institucionais de grande magnitude, ao tempo em que introduz novos espaços de

interlocução permanente entre Estado e sociedade na gestão pública. Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis nº8.140/90 e nº8.142/90), as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo modificações significativas no desenho e formulação das políticas de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e da dinâmica do processo decisório.

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente e com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade e entre os distintos níveis de governo – nacional, estadual e municipal –, cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira.

Nessa perspectiva, foram instituídos as **Conferências de Saúde** e os **Conselhos de Saúde** em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas para a participação social na gestão do SUS; a **Comissão Intergestores Tripartite**, na direção nacional do Sistema Único de Saúde, e as **Comissões Intergestores Bipartites**, na direção estadual. Foram fortalecidos os órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços nos estados e municípios – o **CONASS** (Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde) e o **CONASEMS** (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

A Carta Constitucional de 1988 ampliou o conceito de saúde e esta foi incluída como política da seguridade social. Fundamentado nos princípios da medicina coletiva, o processo de saúde—doença não é visto apenas sob o aspecto da causalidade, mas, também, é determinado pelos múltiplos fatores sociais que influem nas condições gerais de bem-estar físico e mental. As políticas públicas de saúde não podem restringir-se à área da saúde, devendo ser mais abrangentes e voltadas para a promoção do desenvolvimento social da população (PAIM, 1997).

Grandes corporações entram em atrito com este sistema, pois o controle do mercado está ameaçado pelas novas concepções de saúde, de promoção, prevenção, integralidade, universalidade, equidade. Estas concepções de saúde, mesmo dentro de uma ótica de redução do papel estatal, impõem, nesse aspecto pontual, uma ação intervencionista, ainda que estritamente regulatória, e que pode ocasionar uma colisão entre os interesses do mercado e os “interesses sociais”.

Uma tradução imediata da tensão Estado/Mercado é a relação setor público/ setor privado na produção — e, freqüentemente, na discussão da provisão — dos serviços e benefícios sociais. O debate em torno deste tema traz freqüentemente a tese do esgotamento do Estado no campo da produção econômica e a necessidade gerencialista em aprimorar-se para melhor gestão da escassez. Típico dos anos 90, esse tema também se estende à área social, com a defesa, inclusive, da privatização de serviços sociais. Trata-se de reduzir o Estado, restringi-lo às medidas pontuais de assistência aos mais pobres e ações correlatas. O máximo de sua atenção poderia ser traduzido como correção de falhas de mercado, diante da própria desagregação promovida por este último.

Portanto, surgiu um novo ambiente econômico e ideológico onde estas questões se movem. Malgrado o fato desse debate ser eivado de ideologia liberal, há uma efetiva necessidade contemporânea em pensar a relação público-privado como componente de um sistema de atendimento, particularmente em saúde, necessário e conseqüente, mesmo que em defesa de um sistema público e universal como se pretende o SUS. Portanto, trata-se de superar antinomias pouco esclarecedoras que permeiam esse debate, atribuindo maior precisão ao conteúdo do que hoje vem sendo com freqüência postulado como a necessidade de busca de *novas parcerias e novas formas de solidariedade social*, e que, essencialmente, diz respeito à relação Estado/Sociedade (CONHN, 1995).

No caso do sistema de saúde brasileiro, embora a Constituição estabeleça a universalidade do atendimento, a escassez de recursos e os critérios de alocação fazem com que a efetividade da prestação universal se torne controversa, uma vez que a opção por determinado programa no âmbito da saúde pode gerar automaticamente a exclusão de um outro. A partir das exclusões geradas pelo sistema de saúde, surgem controvérsias quanto à garantia dos serviços de saúde. De acordo com Santos (2001, p.26),

De um lado estão aqueles que defendem um sistema nacional e garantido totalmente pelo Estado. Num outro extremo se encontram aqueles que pregam o sistema de mercado, em que os cuidados de saúde estariam sujeitos às relações de oferta e demanda. Há também aquela corrente que adota uma posição intermediária e com várias derivações. Tem-se, assim, um leque de diferentes possibilidades no tocante à organização, prestação e financiamento dos sistemas de saúde, verificadas, na prática, em função das opções técnico-sanitárias, políticas, sociais, econômicas, culturais e estratégicas de cada país, definidas historicamente.

Mas é preciso reconhecer que, se o Mercado é incapaz de proporcionar equidade e bem-estar social no setor da saúde, o Estado também é imperfeito e apresenta falhas. De acordo com Santos (2001), o Estado, como uma organização universal e com poder de coação, falha em função das:

- a. carência de incentivos ao desempenho, que acabam por "adormecer" as organizações e os indivíduos, em função de falta de competição, impossibilidade de falência, estabilidade no emprego etc.;
- b. ênfase na "legalidade" que submerge a preocupação pela eficiência;
- c. arbitrariedade gestora, quando se administra e/ou utiliza a estrutura pública como se fosse privada;
- d. internalidades, convertendo em público o interesse particular;
- e. burocracia excessiva, visto que não se enfrenta a prova final de sobrevivência, ou seja, a prova de mercado;
- f. descontinuidades políticas que geram descontinuidades administrativas e a conseqüente incapacidade de assumir compromissos de longo prazo.

Em todo o mundo, os sistemas que ofertam cuidados de saúde operam com algum nível de intervenção governamental. Alguns países intervêm um pouco mais, outros menos, mas, em essência, constata-se que, a despeito de uma análise mais aprofundada sobre outros setores, a tese dos mercados livres não representa a melhor maneira de alcançar níveis adequados de eficiência e resultados satisfatórios no campo dos cuidados em saúde. Em termos concretos, verifica-se que o mercado, operando livremente, não é capaz de propiciar um adequado padrão de eficiência, equidade no acesso, resolutividade e satisfação dos diversos atores que ofertam e demandam bens e serviços de saúde. Alguns pressupostos teóricos, ainda que verdadeiros, acabam tendo sua efetiva aplicação limitada ou inviabilizada quando nos referimos à escolha entre as alternativas disponíveis, assim como ao acesso e consumo de bens e serviços de saúde.

A saúde como bem público situa-se sobre responsabilidade do Estado. Entretanto, os níveis de responsabilidade e as formas de atuação do Estado vão variar de acordo com as estruturas do sistema político e os mecanismos específicos que orientam o processo decisório em cada país.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), inspirada no modelo dos sistemas nacionais de saúde de cunho universalista, contextualizados em modelos de proteção social "welfaristas", se deu no Brasil em um período histórico no qual o

setor privado já estava largamente consolidado. Dessa forma, a Constituição de 1988 previu a existência de um sistema de saúde suplementar ao SUS, constituído de sistemas de seguro saúde privados e, ainda hoje, quase duas décadas após a promulgação da nova Carta Magna, os prestadores hospitalares do nosso sistema nacional de saúde são predominantemente privados, sendo o Estado proprietário da maior parte das instalações ambulatoriais.

Entretanto, não se pode atribuir a baixíssima participação do setor público no financiamento setorial somente ao modelo de sistema de saúde sobre o qual o SUS foi construído. Essa relativamente tímida presença do Estado na saúde deve-se também – e principalmente – ao fato de que, no momento da consolidação do SUS, o modelo econômico brasileiro se encontrava (como ainda se encontra) sob as rédeas do ajuste macroeconômico de cunho neoliberal.

Como evidenciado em Ugá e Marques (2005, p. 195), o modelo neoliberal de intervenção no campo da política social se dá a partir da segunda metade da década de 1980, período que é palco de profundas rupturas e transformações que atingem praticamente todos os elementos constitutivos das organizações sociais e das relações que entre elas se estabelecem, abrangendo desde o próprio modo de produção (com a derrota do socialismo do Leste Europeu) até a organização e divisão do trabalho (através da onda de inovações tecnológicas que configura a chamada Terceira Revolução Industrial), a resultante redistribuição de renda e do emprego, as relações entre as classes e as frações de classe e entre as economias nacionais e, ainda, a ideologia e a ordem político-econômica mundial.

Percebe-se, assim, que a lógica do processo decisório, a adoção de determinadas estratégias políticas pelos grupos de interesse e a própria capacidade estatal é que vão determinar as escolhas formuladas pelo Estado, derivando-se pelo processo de *policy making*. Isso envolve uma seleção de metas e objetivos a serem alcançados pelo Estado através da implantação de determinadas políticas, como no caso da implantação do programa de prevenção e combate à AIDS.

Aqui surge um ponto recorrente no debate sobre as políticas sociais, qual seja, o fato destas serem políticas cujo objetivo central admite “hierarquização”, ou a busca por melhorar a posição de uns em relação a outros, equacionando as diferenças reais existentes na sociedade e garantindo a todos um mínimo essencial. Retorna, então, a questão de as ações governamentais não serem meramente técnicas, sendo que, para a sua efetiva implantação, surgem diferentes

condicionantes prévios de escolha, envolvendo capacidade institucional e estatal, de organização dos atores e as recorrentes intervenções políticas, legais e sociais. Há ainda outra dimensão em políticas públicas, para a qual Wanderley Guilherme chama a atenção: a idéia da escolha “trágica” que elas proporcionam diante da escassez de recursos, ou a necessidade de escolher caminhos que implicam na exclusão da ação em outro campo.

No caso brasileiro, o Sistema de Atenção à Saúde, especialmente após a década de 90, apresenta-se segmentado. Apesar do arcabouço jurídico-constitucional existente que estabelece um Sistema Único de Saúde, esse sistema público coexiste com um sistema paralelo e forte que é o setor privado. Não se pode, portanto, falar de um único sistema. É mais apropriado falar-se em dois subsistemas – o público e o privado – que, lado a lado e de maneira não muito articulada, tentam dar conta de atender à demanda e às necessidades de saúde da população.

Nos dizeres de Immergut (1996, p.146),

As normas constitucionais e os resultados eleitorais criam diferentes limitações à capacidade do governo de implantar novas políticas. Esses obstáculos políticos e institucionais orientam o processo decisório por caminhos diferentes, em diferentes sistemas políticos.(...) Assim, as normas constitucionais formais e os resultados eleitorais determinam o contexto que se dá a formulação das políticas. É aí que se abre o espaço para a influência de grupos de interesses.

O que se observa no setor de saúde é um *mix* público-privado, que envolve prestadores de serviços e produtores de bens privados e públicos – como no caso dos medicamentos –, regulação governamental, além da atuação de instituições filantrópicas e Organizações Não-Governamentais. Com isso, o que se tem é um estranho e distorcido "mercado" de bens e serviços de saúde, com relações não mercantilistas associadas a elementos de mercado (SANTOS, 2001).

Todavia, no caso de provisão de bens públicos, principalmente no que se refere à saúde, não é qualquer Estado que é capaz de exercer o papel de indutor do desenvolvimento. É necessário que o Estado seja controlado por um grupo, ou por uma aliança entre grupos, interessado nas mudanças, ideologicamente hegemônico e suficientemente forte para intervir em questões em que o mercado se faz presente.

4 ATORES SOCIAIS E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE

No século XXI, ainda estão bem marcadas as desigualdades no atendimento às necessidades sociais da população, com grandes abismos na distribuição dos recursos disponíveis. No campo da saúde, entre altos e baixos, avanços e retrocessos, a década de 1970 representou o ressurgimento de movimentos sociais que questionaram o que estava posto e, em sintonia com reflexões internacionais, gestou uma mudança de paradigmas que culminou no texto da VIII Conferência Nacional de Saúde e no próprio SUS, dois anos depois, via Constituição Federal de 1988.

A década de 1990 apresentou alguns paradoxos na área de saúde no Brasil. Enquanto no campo político existe sintonia com as políticas de corte neoliberal, com a retração do Estado e com o avanço do privado sobre o público, na saúde há espaço para o oposto, a saber, a implantação do SUS, com seus princípios e diretrizes, seu discurso de inclusão, de direitos iguais, acesso universal, determinantes sociais da saúde, dentre outros.

Essa controvérsia entre diferentes modelos de construção social obviamente se transforma em palco para variados conflitos, que dizem respeito à mudança de concepções enraizadas nas práticas de saúde de todos os atores sociais em cena. Além disso, de uma hora para outra, novos atores aparecem, como, por exemplo, os Secretários Municipais de Saúde. Na grande maioria dos municípios brasileiros, esse gestor público só apareceu em meados dos anos 1990, por força de um processo de municipalização da saúde.

O conceito de ator social vem sendo incorporado ao tema da saúde. Através desse conceito, adentramos um espaço que vem se tornando um *locus* onde as práticas participativas e democráticas podem emergir. Os atores sociais são todas as personalidades, grupos, organizações que de alguma maneira estão envolvidos em um jogo social de forma estável ou transitória e acumulam capital social, desenvolvem interesses e necessidades, participam de um ou mais jogos sociais e produzem fatos, além de influir na determinação e alteração da agenda política.

É importante identificar de que forma ocorre a participação dos atores na formulação de políticas públicas. Segundo Rua (1998), existem vários critérios para identificar os atores. Entretanto, o mais simples e eficaz é estabelecer o que surge

no jogo da política em questão, ou seja, quem ganha ou quem perde com a política. Portanto, entende-se aqui ator como um coletivo de pessoas, ou uma personalidade, que participa de determinada situação, tem organização minimamente estável, é capaz de intervir nesta situação e tem um projeto. Aqui se trata do poder executivo, dos indivíduos por ele nomeados para altos postos na burocracia governamental, dos atores do poder legislativo, dos grupos de interesse, dos participantes do processo eleitoral, da mídia e da opinião pública, além de servidores públicos, assessores parlamentares, acadêmicos, pesquisadores, dentre outros.

Os atores públicos são especificamente aqueles que exercem funções públicas e mobilizam os recursos associados a essas funções. Subdividem-se duas categorias: os políticos e os burocratas. Os políticos são parlamentares, governadores, prefeitos, membros eleitos do executivo federal. Os burocratas são aqueles que detêm conhecimentos especializados e que se situam em um sistema de carreira pública (RUA, 1998).

Portanto, o processo de formulação de políticas públicas envolve sujeitos (atores sociais e públicos) e ainda instituições e recursos (financeiros, logísticos e humanos). Por isso, são de fundamental importância a participação e o envolvimento de diferentes grupos de atores, provenientes dos diferentes grupos de interesse. Tal processo consiste, ainda, barganhas no interior e entre unidades de uma organização. As decisões negociadas são resultado de consensos entre atores com diferentes preferências e recursos. O processo de negociação não requer que as partes entrem em acordo sobre objetivos comuns, nem eventualmente requer contribuição para o êxito do processo de negociação. A barganha exige apenas que as partes concordem em ajustar mutuamente a conduta no interesse de preservar a negociação como instrumento para a alocação de recursos (TEIXEIRA, 2001).

A implementação das ações de saúde, de forma efetiva e sustentável, depende do compromisso dos atores com o processo político. Implica diretamente na tomada de decisões sobre ações, regulamentações e atividades e tem por objetivo orientar e direcionar os investimentos em desenvolvimento social, para que produzam um enfrentamento sustentável dos problemas que afligem as populações urbanas. Não é um processo simples ou rápido, pois as propostas têm que ser discutidas e negociadas sob vários aspectos para que se consiga o consenso e para que sejam tomadas como ponto de partida para sua formulação.

Na prática, a concretização das prioridades das ações de saúde resulta, em última instância, de decisões de ordem política, com maior ou menor grau de fundamentação nos conhecimentos técnico-científicos disponíveis. Essas decisões nem sempre expressam os interesses ou necessidades dos grupos sociais que geraram o problema.

No que tange à saúde, ressalte-se, sua história e discussão sempre foi tensa e contraditória. Vários interesses convergem e grupos de pressão – a opinião pública, as pressões do Legislativo e das agências administrativas, os movimentos sociais, o processo eleitoral, o mercado, entre outros fatores – determinam em grande parte o clima político para a criação ou restrição das mesmas. A tensão entre Estado e Mercado se impõe. Nesse cenário faz-se mister a discussão do tema de formulação de políticas e a prática do modelo de saúde, bem como a atuação dos atores sociais; o desafio é encontrar espaços de prática social. Esse seria o ponto de partida para entender o complexo processo de tomada de decisões.

Uma das decisões recentes da política pública de saúde no Brasil diz respeito à implementação do denominado licenciamento compulsório de patentes, promovido pelo então Ministro da Saúde José Serra. A questão da oferta de medicamentos, em grande parte oriunda de laboratórios privados e de capital aberto, os quais se configuram como empresas de alcance global, representa uma situação específica em que o Estado brasileiro gerencia um limite à sua ação, erguendo um sistema de proteção no qual o direito à propriedade em si (a patente) não pode se sobrepor ao interesse social. Nesse caso, ele desmercantiliza o bem, inserindo-o na categoria específica de um bem que transita de um bem de mercado a um bem público. Assim, a capacidade estatal, bem como a atuação de atores políticos naquilo que se inscreve na regulação, impõe-se, como política pública, acima dos interesses privados. Trata-se de um caso exemplar em que o Estado organiza uma política, delimitando claramente o alcance e o limite do mercado de forma explícita, configurando-se uma situação na qual a política sobrepõe-se ao mercado (SPING-ANDERSEN, 1990).

Para entendermos a adoção das políticas públicas de saúde voltadas aos portadores do vírus HIV, a alocação de recursos para este programa e também a atuação do ministério, fazem-se necessária algumas considerações sobre o

patenteamento dos anti-retrovirais e a possibilidade jurídica¹ em utilizar a licença compulsória como forma de equacionar o conflito entre a proteção dada ao inventor no direito patentário e o direito universal de acesso à saúde.

A patente é um mecanismo de proteção ao trabalho do inventor e, como tal, se insere no conceito de propriedade. Entretanto, o direito à propriedade deve ser conjugado com o princípio constitucional da função social. O que caracteriza a patente como forma de uso social da propriedade é o fato de que ela consiste num direito limitado por sua função: existe enquanto socialmente útil.

A proteção dada aos inventores sempre se fundamentou nas teorias justificadoras do sistema de patentes (LYARD, 2006, p. 32). Por um lado, a Teoria da Divulgação Tecnológica, baseada na Teoria do Contrato Social e desenvolvida nos séculos XVII e XVIII na Europa, afirmava a existência de um contrato entre a sociedade e o inventor, pelo qual seria garantida a proteção legal às invenções em troca de acesso tecnológico à sociedade. Por outro lado, tem-se a Teoria do Incentivo Econômico, segundo a qual a concessão da patente pelo Estado tem por objetivo promover o investimento tecnológico e, em consequência, o desenvolvimento comercial com a eficiência dos meios de produção. A par de ambas as teorias, necessita-se acrescer ao direito patentário o princípio da função social, diante do qual assumem especial relevância as patentes farmacêuticas, notadamente na atualíssima questão relativa aos medicamentos contra a AIDS.

Acerca do Princípio da Função Social da Propriedade na Constituição de 1988, substanciam-se as lições de Grau:

A distinção explicitada, entre propriedade dotada de função individual e propriedade dotada de função social, permite-nos operar uma primeira precisão, necessária à compreensão do sentido assumido pelo Princípio da Função Social da Propriedade, que como vimos, tem como pressuposto necessário a propriedade privada - dos bens de produção e de bens que excedam o quanto caracterizável como propriedade afetada por função individual. A propriedade função social, que diretamente importa à ordem econômica - propriedade dos bens de produção entre os princípios da ordem econômica, tem o condão de não apenas afetá-los pela função

¹ No Brasil, a Lei 9.279/96, novo Código de Propriedade Industrial, regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Em vigor desde 15 de maio de 1997, o Decreto nº 3201/99 dispõe sobre a concessão de ofício de licença compulsória nos casos de emergência nacional e de interesse público de que trata a Lei 9279/96 em seu artigo 71, redação alterada pelo Decreto nº 4830/2003. No Direito Internacional, a propriedade intelectual está regulamentada principalmente pela Organização Mundial da Propriedade Intelectual – OMPI. A OMPI foi estabelecida por uma Convenção de Estabelecimento da Organização Mundial da Propriedade Intelectual. Entrou em vigor em 1970, mas sua origem remonta a 1883, na Convenção para a Proteção da Propriedade Industrial, e a 1886, na Convenção de Berna para a Proteção de Trabalhos Artísticos e Literários. Em 1974, a OMPI tornou-se uma das agências especializadas da ONU (LYARD, 2006, p. 27).

social — conúbio entre os incisos II e III do artigo 170 — mas, além disso, de subordinar o exercício dessa propriedade aos ditames da justiça social e de transformar esse mesmo exercício em instrumento para a realização do fim de assegurar a todos existência digna.” (GRAU, 2001, p. 270)

Assim, tendo em vista que o direito patentário deve conformar-se aos ditames constitucionais da dignidade da pessoa humana e da função social da propriedade, são grandes as pressões no sentido dos grandes laboratórios priorizarem a saúde pública em detrimento de interesses comerciais. Entretanto, nesse aspecto específico, a função social da propriedade (propriedade imaterial-patentes) não está relacionada somente aos jurisdicionados brasileiros, envolvendo questões de ordem internacional, que impõem uma atuação do ator político estatal.

No plano internacional, a propriedade intelectual está regulamentada principalmente pela Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI), estabelecida por uma Convenção de Estabelecimento da Organização Mundial da Propriedade Intelectual. Entrou em vigor em 1970, mas originou-se em 1883 na Convenção de Paris para a Proteção da Propriedade Industrial e em 1886 na Convenção de Berna para a Proteção de Trabalhos Artísticos e Literários. Em 1974, a OMPI tornou-se uma das agências especializadas da ONU. Em 1980, reuniu-se para discutir novas propostas para a Convenção de Paris, quando os países industrializados manifestaram o desejo de que o tema referente à propriedade intelectual – patentes – fosse definitivamente vinculado à discussão de comércio internacional. Isso porque a OMPI não conta com um órgão responsável por verificar o cumprimento por parte dos estados membros dos compromissos firmados e muito menos tem competência para impor sanções aos países que descumprirem estes compromissos. Desta forma, o tema das patentes foi deslocado para o GATT – Acordo Geral de Tarifas e Comércio –, que se posicionou sobre o tema através do *Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights* – TRIPs (Direitos da Propriedade Intelectual Relacionadas ao Comércio), em 1994. Através deste Acordo multilateral, os países membros da OMC assumiram o compromisso de implementar, em seus sistemas jurídicos, os padrões mínimos estabelecidos em âmbito internacional.

Em 1996, em atendimento ao reclamo internacional, surge no Brasil a nova lei de Propriedade Intelectual (Lei nº 9.276/96), em conformidade com o art. 27 do TRIPs. Em 31 de março de 1998, assume o Ministério da Saúde o Deputado Federal José Serra, que, durante o Processo Constituinte, estava ligado às subcomissões

relacionadas à tributação e orçamento. O primeiro Ministro da Saúde não médico na história republicana brasileira se depara com um quadro desanimador em relação à Saúde no Brasil, com grandes desafios políticos e econômicos. Diante de um quadro de desperdício e má alocação de recursos públicos, paralelo às dificuldades do início do processo de descentralização da saúde, aumentavam de forma alarmante as endemias e doenças infecto-contagiosas. Dentre essas patologias, a AIDS assumiu um papel de relevância nas políticas públicas durante a gestão do Ministro Serra porque sua incidência passou a ter dimensões preocupantes na sociedade brasileira, principalmente devido ao fato de que “a saúde de um povo é um termômetro da sociedade” (SERRA, 2000, p.15)

A AIDS é uma doença que se instalou, sobretudo, nas regiões mais pobres do globo². Ao fim da década de 80, a OMS (Organização Mundial de Saúde) considerou a AIDS uma epidemia, com aproximadamente 40 milhões de infectados. Do total de infectados, 90% vivem nas regiões mais pobres do mundo, notadamente no continente africano. O Programa das Nações Unidas para a AIDS (UNAIDS), em seu relatório de 2004, declara que U\$ 9,2 bilhões ao ano seria o valor ideal para o tratamento e prevenção da doença, sendo 4,4 bilhões para tratamento e 4,8 bilhões para prevenção. No ano de 2006, o valor gasto foi U\$ 1,8 bilhão. Inicialmente, a AIDS atingiu o mundo subdesenvolvido e se propagou rapidamente na África e Caribe³. No Brasil grande parcela da população contaminada, se não receber os remédios e o tratamento pelo Estado, não terá como obtê-los de outra forma.

O programa nacional de combate à AIDS no Brasil, regulamentado pelo Governo Federal em 1996, garante aos doentes infectados com o vírus o acesso gratuito, não só à assistência médica, mas também ao coquetel de medicamentos

² De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS – há, no mundo, mais de quarenta milhões de infectados com o vírus da AIDS. Trinta milhões vivem nos países subsaarianos. Na África do Sul, um em cada dez sul-africanos e 20% (vinte por cento) das mulheres grávidas têm o vírus da AIDS, sendo que os remédios para o tratamento da doença custam mais de U\$10.000 (dez mil dólares) anualmente, o que exclui grande parte da população do acesso aos mesmos, ou, ainda, a possibilidade do Governo de comprá-los. Uma alternativa seria a utilização dos genéricos, muito mais baratos.

³ Em 2004, na Europa Oriental e na Ásia Central, havia cerca de 1,3 milhões de infectados em comparação com 160 mil em 1995, sendo que os países mais afetados são a Estônia, Letônia e a Federação da Rússia. Na Ásia, estima-se que haja 7,4 milhões de infectados. Na América Latina, vivem cerca de 1,6 milhões de infectados. Nos EUA 950 mil pessoas vivem com o HIV e na Europa Ocidental, há 580 mil pessoas infectadas. Nos países desenvolvidos, a grande maioria dos infectados têm acesso ao tratamento anti-retroviral, o que possibilita que os mesmos gozem de boa saúde e sobrevivam durante mais tempo que as pessoas contaminadas que vivem em outras partes do mundo. Já no Brasil, estima-se que cerca de 600 mil pessoas sejam portadoras do vírus HIV, sendo que 200 mil foram diagnosticados pela rede pública e 137 mil são tratadas com remédios fornecidos pela rede pública (FARIA, 2006, p.32).

anti-retrovirais comprado pelo Ministério da Saúde e distribuído para a rede pública. Esse processo obedece à descentralização da saúde expressa com a implementação do SUS.

O Programa Nacional de DST e AIDS vem melhorando a qualidade de vida dos que contraíram o vírus, através da implementação de políticas públicas de saúde descentralizadas, incluindo uma política de incentivos na qual foram definidos um conjunto de municípios, com base em critérios epidemiológicos, com capacidade instalada e sob gestão das Secretarias de Saúde, os quais recebem recursos extras para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle das DST/AIDS. Tal escolha na implementação dessas políticas, e conseqüente alocação de recursos, foi fruto de uma concepção política e social inserida no Ministério da Saúde comandado por um economista que considerava o atendimento à saúde um dos setores mais imperfeitos dentro do modelo de concorrência perfeita⁴, devido à desinformação dos consumidores e a formação de oligopólios internacionais no setor farmacêutico. É gerada uma dependência econômica das empresas de capital nacional que atuam no mercado, uma vez que dependem do fornecimento de insumos básicos e matérias primas pelas empresas transnacionais, além da necessidade do pagamento de *royalties*, o que justificaria a intervenção estatal no setor dos fármacos como forma de garantir a viabilidade de programas de saúde pública, notadamente os de DST/AIDS.

⁴ Sobre o assunto, Serra afirma: Na nossa perspectiva, o estado vai continuar tendo papel relevante no conjunto de ações de saúde do país e não apenas na saúde pública, o que seria redundante. Note-se que no Brasil o acesso ao tratamento gratuito de saúde é universal, mas, na prática, prevalece um sistema misto, público-privado, de saúde: cerca de um quarto da população brasileira é atendida por planos privados de saúde e três quartos pelo sistema público. Ao contrário da visão ultraliberal, consideramos que o mercado não tem, por si só, condição de nortear o conjunto de ações do país nesta área. Para começar, há um fator óbvio: 40% das famílias no Brasil detêm uma renda de até três salários mínimos por mês. Portanto, não dispõem de nenhum poder de compra a exercer no mercado. Trata-se de um aspecto típico de uma economia subdesenvolvida e com distribuição desigual de renda. Além disso, sabemos que o atendimento à saúde forma um dos setores mais imperfeitos dentro de um modelo de concorrência perfeita. Há um artigo clássico de 1954, infelizmente pouco conhecido pelos economistas neoliberais brasileiros, do Prêmio Nobel Kennet Arrow, demonstrando isto com elegância e clareza. Basta lembrar que a informação do consumidor é uma pré-condição para que opere um modelo de concorrência perfeita, mas o serviço vendido pelos médicos, no seu atendimento, é a informação; essencialmente, o consumidor de serviços de saúde é desinformado e compra a informação. Ou seja, uma das pré-condições do modelo é precisamente o objeto da comercialização ou de trocas na saúde. Há também outros aspectos que comprometem o modelo de concorrência perfeita. Em parte devido à desinformação, embora não somente a ela, a demanda por produtos e serviços de saúde e, em geral, bastante inelástica. E, pelo lado da oferta, há um considerável poder de fixação de preços pelas empresas, bem claro no caso dos medicamentos, mas presente na maioria dos serviços oferecidos. Isso tudo justifica que o estado intervenha no setor privado de saúde. Esta prática, habitualmente, não era adotada no Brasil (com exceção da área de medicamentos, até 1992), mas foi se tornando imperativo nos últimos anos, principalmente em duas áreas... (SERRA, 2000, p. 29-30)

Serra destaca essa questão, ao afirmar que

outro foco de intervenção situa-se na área de medicamentos. Não preciso me alongar para mostrar como o mercado nessa área não opera bem, como ele é distorcido por oligopólios baseados na diferenciação de produtos, nas patentes e na lealdade dos consumidores às marcas (decorrente de sua desinformação). Nenhuma empresa farmacêutica tem uma fatia importante das vendas agregadas, mas, sempre, uma ou duas domina o mercado por classes terapêuticas. Isto tem provocado conflitos entre o governo e a indústria, e levado à (i) introdução dos medicamentos genéricos; (ii) adoção de algumas salvaguardas em relação à questão das patentes; (iii) estímulo à organização do poder de compra dos consumidores e (iv) discussão sobre a necessidade de uma política pública de preços. (SERRA, 2000, p. 31)

Aliado a essa perspectiva ideológica, o quadro epidemiológico e financeiro se mostrava preocupante. Segundo dados publicados pelo Ministério da Saúde, a taxa de incidência de AIDS no Brasil subiu de 8,2 infectados para cada 100 mil habitantes, em 1991, para 14,5 para cada 100 mil em 1996. Naquele ano, o governo federal gastou R\$ 40 milhões com medicamentos anti-aids. Em 1997, esse gasto saltou para mais de R\$ 250 milhões. De acordo com a Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, em 1998 havia no Brasil 536.920 pessoas, entre 15 e 49 anos, infectadas com o vírus HIV. O gasto do Ministério nesse ano foi de R\$ 360 milhões, e em 1999, ultrapassou a casa dos R\$620 milhões. Menos de 20% dos medicamentos até então eram comprados diretamente dos laboratórios públicos brasileiros. Uma pequena parcela vinha de laboratórios privados, e o restante era importado.

Em meados dos anos 1990, a questão do acesso a medicamentos ultrapassou fronteiras, tornando-se objeto de amplo debate na agenda internacional. O lançamento da terapia anti-retroviral altamente ativa (*highly active antiretroviral therapy* – HAART) no mercado revolucionou o tratamento contra HIV/AIDS, em vista dos excelentes resultados obtidos na redução da mortalidade e morbidade de pacientes. Entretanto, o alto preço dos medicamentos componentes do HAART constituiu uma das principais razões para que milhões de indivíduos permanecessem à margem do tratamento. Uma campanha lançada por ativistas sociais provenientes de diversas organizações não-governamentais, que contou com o envolvimento de políticos, acadêmicos, representantes governamentais, organizações internacionais, personalidades e mídia, logrou engajar a opinião pública internacional na defesa do acesso ao tratamento anti-retroviral enquanto medida de justiça social e de proteção dos direitos humanos (MEINERS, 2008).

Diante desse quadro, o Brasil estabeleceu parcerias tecnológicas entre países em desenvolvimento para reduzir a dependência tecnológica em relação aos países mais desenvolvidos do hemisfério norte, principalmente visando à redução dos preços dos remédios anti-retrovirais e à utilização das flexibilidades previstas quanto ao direito patentário, tais como o licenciamento compulsório. Desde o início do seu mandato, o Ministro José Serra vinha questionando o alto custo dos medicamentos componentes do coquetel anti-retroviral, principalmente em decorrência dos *royalties* internacionais. Utilizando-se dos artigos 68 e 71 da Lei de Propriedade Intelectual Brasileira⁵ (tais dispositivos foram regulamentados por meio do Decreto 3.201/99, alterado pelo decreto 4.830/2003), o Ministro Serra ameaçou requerer o licenciamento compulsório de patentes internacionais de anti-retrovirais registradas no Brasil. A simples ameaça fez com que o laboratório Merck-Sharp reduzisse os preços dos medicamentos.

Tal ato do Ministro Serra foi alvo de contestação por parte dos EUA, país onde se concentra o maior número de laboratórios que detêm as patentes dos anti-retrovirais. Em 30 de maio de 2000, o governo norte-americano formulou junto à OMC uma consulta quanto à compatibilidade da lei brasileira com as normas do TRIPS e do GATT/94. Não obtendo uma resposta favorável, os norte-americanos solicitaram a instalação de um painel arbitral para solucionar a questão.

De fato, o TRIPs não utiliza o termo licenciamento compulsório, mas o art. 31 do TRIPs regulamenta o uso das patentes por terceiros não autorizados pelo titular e o art. 8º consagra a importância da promoção da inovação e da difusão da transferência de tecnologia. O simples fato de existir previsão expressa, disciplinando situação de permissão do uso do objeto da patente, sem autorização do titular, já deixa claro que os direitos e a exclusividade de que este deve usufruir não são absolutos.

Nesse contexto, em 14 de novembro de 2001, reunido o Conselho Ministerial da OMC, na cidade de Doha, os países emitiram uma declaração denominada

⁵ Art. 68 – O titular ficará sujeito a ter a patente licenciada compulsoriamente se exercer os direitos dela decorrentes de forma abusiva, ou por meio dela praticar abuso de poder econômico, comprovado, nos termos da lei, por decisão administrativa ou judicial(...) § 5º A licença compulsória de que trata o §1º somente será requerida após decorridos 3(três) anos da concessão da patente. Art. 71 Nos casos de emergência nacional ou interesse público, declarados em ato do poder Executivo Federal, desde que o titular da patente ou seu licenciado não atenda a essa necessidade, poderá ser concedida de ofício, licença compulsória, temporária e não exclusiva, para a exploração da patente, sem prejuízo dos direitos do respectivo titular. Parágrafo único – O ato de concessão da licença estabelecerá seu prazo de vigência e a possibilidade de prorrogação.

“TRIPs e a Saúde Pública”. A declaração começa por reconhecer os graves problemas de saúde pública que afetam os países em desenvolvimento e os menos desenvolvidos, especialmente aqueles resultantes da AIDS, tuberculose, malária e outras epidemias, e, nesse contexto, instam os países a usarem o TRIPs em apoio às ações nacionais e internacionais para a solução desses problemas. Tal documento reafirma o direito dos países membros da OMC de recorrer às licenças compulsórias. Tal posicionamento da OMC se deu em parte pela resolução apresentada pela delegação brasileira, encabeçada pelo ministro Serra, para a Assembléia Mundial de Saúde, promovida em Genebra, na Suíça em maio de 2001.

A referida resolução prevê o acesso a medicamentos para pacientes com AIDS como um direito humano fundamental, reconhecendo as preocupações referentes ao impacto da propriedade intelectual no preço dos medicamentos, além de admitir que o acordo TRIPS não impede, nem deve impedir, que os países Membros da OMC adotem medidas para proteger a saúde pública, reiterando, ainda, que o referido acordo pode e deve ser interpretado e aplicado de maneira que apóie os países Membros a proteger a saúde pública (MEINERS, 2008).

Por outro lado, às regras da OMC permitem que os países recorram ao licenciamento compulsório de drogas em períodos de “emergência nacional” ou para “uso público não-comercial” (CRUZ, 2007). A possibilidade de utilização do mecanismo de licenciamento compulsório de patente de medicamentos ganhou relevo internacional durante a gestão do Ministro José Serra, sendo um instrumento que poderia ser invocado não só pelo Brasil, mas por outros países, diante na necessidade social. Essa possibilidade mostra nitidamente uma tensão entre o público e privado, marcada pela intervenção do Estado para garantir um direito fundamental, como o direito à saúde, além de viabilizar a política pública de saúde em relação à AIDS.

5 CONCLUSÃO

O crescente avanço da medicina e a descoberta de novos e potentes medicamentos contra toda a sorte de doenças erigiu a saúde como um bem público e, conseqüentemente, com um bem de acesso universal, tornando-se cada vez menos aceitável sua mercadorização e a injustiça provocada pelo acesso desigual da população à este bem.

Entretanto, é preciso esclarecer que tal tema está longe de se estabelecer como consenso majoritário, ainda que goze de uma importante coalizão de forças. As alianças estratégicas e as escolhas inerentes à desmercadorização deslocam o tema para a capacidade de aliança estratégica entre os diversos atores e o próprio impacto das instituições, como também o “tempo” e a história das políticas e instituições (PIERSON, 2004). Mecanismos de auto-reforço operam na política mais que na economia. A mobilização política, as “regras do jogo” que se estabelecem, uma vez escolhidas as opções iniciais, enraízam-se no tempo e na história. Daí a importância de compreender os mecanismos de formulação e implementação da trajetória da política e como os atores agem dentro da perspectiva de sua interação estratégica, reforçando ou enfrentando a consolidação desta mesma política.

A saúde, enquanto bem público, passa à responsabilidade do Estado. Entretanto, os níveis de responsabilidade e as formas de atuação do Estado vão variar de acordo com as estruturas do sistema político e os mecanismos específicos que orientam o processo decisório em cada país. Percebe-se, assim, que a lógica do processo decisório, a adoção de determinadas estratégias políticas pelos grupos de interesse e a própria capacidade estatal é que vão determinar as escolhas formuladas pelo Estado, derivando-se pelo processo de *policy making*.

Isso envolve uma seleção de metas e objetivos a serem alcançados pelo Estado através da implantação de determinadas políticas. No caso considerado, a ameaça de licenciamento compulsório de patentes se tornou um mecanismo de implementação de políticas públicas de saúde em relação à concessão de medicamentos anti-retrovirais. A adoção de determinadas políticas e a realização de determinadas escolhas demonstram que o caráter das ações governamentais não é meramente técnico, mas, sim, político. Para a sua efetiva implantação, surgem diferentes condicionantes prévios de escolha, envolvendo as capacidades institucional e estatal de organização dos atores e as recorrentes intervenções

políticas, legais e sociais. Além do mais, há outra dimensão, apontada por Wanderley Guilherme, em políticas públicas: a idéia da escolha “trágica” que ela proporciona diante da escassez de recursos, ou a necessidade em escolher caminhos que implicam na exclusão da ação em outro campo.

No caso do programa de prevenção e combate à AIDS, o alto custo dos medicamentos quase que impossibilitou o sucesso dessa política pública. Diante da escassez de recursos, pressões sociais internas e o ambiente internacional favorável, o então ministro da Saúde, José Serra, utilizou uma estratégia que possibilitou ampliar e assegurar a referida política, sem aumentar custos, ameaçando os laboratórios farmacêuticos internacionais com o licenciamento compulsório das patentes dos fármacos componentes do “coquetel anti-retroviral”. Diante da ameaça governamental, os atores não estatais – laboratórios – reviram o seu posicionamento, reduzindo preços e consagrando um mecanismo jurídico como uma forma de pressão e, automaticamente, de implementação de política pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. et al.(Org.) **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>

_____. Lei 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9279.htm>.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

BRENDLER, A. **Ipea mostra que relação de gastos com saúde e educação com o PIB caiu em 11 anos**. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/03/07/materia.2008-03-07.3299536642/view>> Acesso em: 10 mar. 2008.

CONHN, A. Políticas Sociais e Pobreza no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.12, jun./dez. 1995.

CRUZ, F. Quebra de Patentes: até que ponto essa prática pode trazer benefícios para o Brasil? **Instituto Millenium**, versão web, 2007.

ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. Cambridge: Polity Press, 1990.

FARIA, J. B. Licença compulsória como alternativa para a garantia do acesso universal a anti-retrovirais no Brasil. **Revista da ABPI**, n. 85, nov./dez. 2006.

GOULART, F. A. A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. **IESUS**, v. 8, n. 2, abr./jun. 1999.

GRAU, E. R. **A ordem econômica na Constituição de 1988**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

IMMERGUNT, E. As regras do jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **RBCS**, n. 30, 1996.

LYARD, M. A. P. Patentes de medicamentos: questões atuais. **Revista da ABPI**, n. 82, mai./jun. 2006/

LIMA, N. T. et al.(Org.). **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LUCCHESI, P. Políticas Públicas em Saúde. **BVS Saúde Pública Brasil**, jul. 2004.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1996.

MEINERS, C. M. M. A. Patentes farmacêuticas e saúde pública: desafios à política brasileira de acesso ao tratamento anti-retroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.7, Rio de Janeiro, jul. 2008.

NETO, E. R. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

PAIM, J. S. Abordagens teórico conceitual em estudo de condições de vida e saúde: algumas notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

PIERSON, P. **Politics in time**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2004.

RUA, M. G. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. [S. l.]: CNPD, 1998.

SANTOS, S. C. M. **Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição extra-preço**. 2001. 180 p. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SERRA, J. **Ampliando o possível – A política de saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2000.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHAMN, G. et al. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

TEIXEIRA FLEURY, S. Reflexões teóricas sobre reforma sanitária. In: _____. (Org.) Reforma **Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

UGÁ, M. L. D., MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e estrangulamentos. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

UNIAIDS.ORG. Portal de informações sobre AIDS. Disponível em: <<http://www.uniaids.org>>. Acesso em: fev. 2006.