

a terra é redonda

Duas boas ideias ruins



Por PAULO CAPEL NARVAI*

O ‘planinho de saúde’ da Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma farsa. Mas o que o ‘escambo sanitário’ significa para os rumos do SUS? A quem interessa o ‘planinho’ e o ‘escambo’?

Ao completar 37 anos em 17 de maio de 2025 o Sistema Único de Saúde (SUS) está posto, uma vez mais, frente ao dilema da Esfinge de Tebas. “Decifra-me ou te devoro” encurralava os transeuntes das estradas de Tebas, a então poderosa cidade-estado grega, a criatura mitológica que tinha corpo de leão e cabeça de mulher. Para não ser devorado era preciso – como se sabe – decifrar um enigma. O resto é mitologia.

Desde que foi criado pelos constituintes de 1988, o SUS é frequentemente rondado pela Esfinge de Tebas, que coloca dilemas a seus dirigentes e defensores, a SUSistas e SUScidas, como eu costumo denominar quem defende nosso sistema universal de saúde e quem, por dentro ou por fora do SUS, o ataca e asfixia, buscando sua morte.

O primeiro desses muitos dilemas foi lançado, nos primeiros dois anos de vida do SUS, por Fernando Collor de Mello, que se recusava a aceitar a base municipal do sistema de saúde. Não aceitava a transferência de recursos da União para estados e municípios e muito menos que houvesse participação popular no controle das ações e programas de saúde. Fernando Collor de Mello chegou a vetar artigos inteiros do que viria a ser a lei 8.080, de setembro de 1990, que regulamenta a Constituição de 1988 (CF1988).

Mas, barrado nesse intento pelo Congresso Nacional, viu-se obrigado a sancionar, em 28 de dezembro daquele ano, a lei 8.142, disposta sobre como deveria se dar no SUS a “participação da comunidade” inscrita na Constituição Federal de 1988 e como se fariam as transferências intergovernamentais de recursos financeiros do SUS.

Ao primeiro, seguiram-se, decerto, muitos dilemas que foram moldando o SUS, uma instituição do Estado brasileiro, até deixá-lo como o conhecemos hoje: um sistema estatal, cujos recursos públicos alocados para dar concretude ao direito universal à saúde são geridos predominantemente por particulares e no qual os profissionais não têm direito a uma carreira de Estado.

Não quero me alongar nos muitos dilemas do SUS, mas me ater a dois que se apresentam, neste contexto histórico, à consideração de SUSistas e SUScidas. São duas boas ideias ruins. A elas.

Primeira boa ideia ruim

A proposta de um plano de saúde popular. A “ideia genial” vem sendo acalentada há mais de uma década por setores mais

a terra é redonda

vorazes que atuam no segmento de planos de saúde. Alguns meses após o golpe que destituiu Dilma Rousseff, Ricardo Barros, o ministro da Saúde de Michel Temer, anunciou o [apoio daquele governo à proposta](#), como um modo de “aliviar o SUS”. Os planos populares de saúde, de custo muito abaixo da média dos planos regulares (“integrais”), driblam o rol de procedimentos obrigatórios (cobertura mínima) que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fixa para as empresas privadas que fazem negócios no setor.

Para o ministro de Michel Temer, a nova modalidade de negócio com a mercadoria saúde poderia “contribuir com o financiamento do SUS”. Houve reação de vários [segmentos sociais](#) aos “planinhos” de Ricardo Barros e a proposta foi derrotada naquele momento.

Mas se a “boa ideia” de “planinhos” de “saúde” não prosperou no pós-golpe, ela volta agora, rondando o Lula3, como uma proposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A notícia foi divulgada em 18 de abril de 2025 pela revista *Veja*, com o título “[Lula avalia apoiar criação de plano de saúde popular de até 100 reais](#)”, e logo repercutida em vários veículos da mídia corporativa.

Em vários setores da base, e mesmo entre dirigentes do governo, a iniciativa não foi descartada. A proposta de um “planinho” de até 100 reais, para cobrir consultas e exames, com potencial de “atender 50 milhões de novos clientes”, segundo a matéria da *Veja*, foi recebida como uma boa ideia e algo que poderia contribuir sim para melhorar a popularidade de Lula, além de “desafogar o SUS”. Parece mesmo ser essa uma boa ideia, fazer sentido e ter apelo popular. Afinal, quem não quer ser titular de um plano de saúde?

Como não houve um desmentido oficial da matéria da *Veja*, muitos apoiantes do Lula3 ficaram confusos e, estranhando o silêncio oficial, se manifestaram em mídias sociais, posicionando-se [contrariamente aos “planinhos”](#). Mais uma vez, a reação foi imediata e contundente, por parte de entidades e movimentos sociais de saúde que, em coisas assim, costumam ir além das aparências. Logo vieram os argumentos demonstrando a fragilidade dos “planinhos”, pois no que importa do cuidado em saúde, não resolvem coisa alguma, apenas redirecionando a demanda para o SUS.

Essa prática de “enviar para o SUS” é, aliás, a tônica dos planos de saúde, mesmo os ditos “integrais”. Quando as coisas ficam complexas, ou os custos muito elevados, ampliam-se as recusas de atendimento. As pessoas são simplesmente abandonadas em suas necessidades, ainda que tenham pagado mensalidades por anos e anos. É que os contratos, que se costumam equivocadamente denominar de “planos de saúde”, não correspondem a nenhum “plano”, muito menos de “saúde” – pois procedimentos, operações, exames e mesmo medicamentos são destinados a recuperar doentes e não a lhes proteger a saúde.

Não são, portanto, “planos de saúde”, mas apenas seguros que se valem do SUS como um resseguro, financiado com recursos públicos, que lhes garantem lucros polpidos. O lucro líquido do conjunto das empresas que operam no setor foi de [R\\$ 11,1 bilhões em 2024](#), cerca de 10% do lucro líquido obtido no mesmo ano pelos quatro maiores [bancos](#) que operam no Brasil, da ordem de R\$ 114 bilhões. Nada mal, do ponto de vista empresarial. Nem Pollyana, a que busca sempre ver o lado bom de todas as coisas, acreditaria que lucrando tanto, as empresas que vendem “planos de saúde” estariam preocupadas em “desafogar o SUS” ou “contribuir para o seu financiamento”.

Em 24 de abril de 2025 o Ministério Público Federal (MPF) publicou uma “[Nota Técnica](#)”, elaborada por sua Comissão de Saúde da Câmara do Consumidor e da Ordem Econômica, destacando que os “planinhos” não estão previstos na lei 9.656/1998, que regulamenta os planos de saúde, e que a proposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresenta várias lacunas, tendo sido elaborada sem a participação de representantes do Ministério da Saúde e de gestores do SUS.

Isso é considerado indispensável, pois “a criação dos planos de saúde limitados pode onerar ainda mais o SUS em vez de desafogá-lo”. O MPF pede para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) “reformular a proposta e reabrir as discussões com o Ministério da Saúde” para buscar um modo de “conferir uma proteção mais adequada aos 52 milhões de

a terra é redonda

brasileiros que atualmente possuem planos de saúde, bem como demonstrar como a interconexão com o SUS atenderá ao interesse público e à eficiência”.

“Planinhos” são, portanto, uma boa ideia ruim.

Aliás, para começar a melhorar as coisas, que seguem muito ruins nessa área, os planos “integrais” - e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que os regula - deveriam estar cada vez menos sob controle do setor securitário e cada vez mais sob controle de conselhos e conferências de saúde, além dos órgãos administrativos públicos de controle rotineiro das atividades que afetam a saúde da população.

Para a revista *Veja*, “a ideia é incluir a criação do plano [o “planinho”] na carona do pacote que envolve o projeto do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, que prevê transferir atendimentos do SUS para hospitais privados”. E esta é a segunda boa ideia ruim.

Segunda boa ideia ruim

A boa ideia é criar uma espécie de “escambo sanitário” (sem conotação pejorativa) que se traduz na seguinte equação: se pessoas jurídicas devem ao SUS e o SUS é do governo, então elas poderiam pagar suas dívidas com o governo, produzindo serviços de saúde para o SUS. Dentre essas pessoas jurídicas estão as empresas que vendem seguros denominados “planos de saúde”, pois sua clientela é atendida frequentemente em unidades do SUS, o qual deveria, por lei, ser resarcido. Os mecanismos para isso são ruins e a precariedade (deliberada, segundo alguns) contribui para calotes milionários, continuados, ao SUS.

A boa ideia ruim é fazer o escambo sanitário em que “todos ganhariam”, pois o governo não daria isenções nem perdoaria dívidas - o que, segundo se argumenta, faz aos montes em todos os setores econômicos -, e a população ganharia, tendo acesso a serviços privados, ao invés de esperar semanas, meses e mesmo anos por serviços do SUS. O escambo possibilitaria, segundo esse ponto de vista, “acabar com as filas para exames e cirurgias pelo SUS”.

Com essa equação posta na mesa, o Ministério da Saúde pretende dar [grande impulso](#) ao programa [Mais Acesso a Especialistas](#). A “compra” de serviços de saúde junto ao setor privado seria “paga” com os créditos dessas dívidas. Parece mesmo uma boa ideia. Mas não é.

O núcleo do problema dessa ideia boa é que seu fundamento é o “pagamento por unidade de serviço”. Isso transforma a boa ideia numa ideia ruim.

No livro [“SUS: uma reforma revolucionária”](#), conto, lá pelas tantas, a história que ouvi de Carlos Gentile de Mello, em palestra que fez em Curitiba, ainda nos anos 1970, em que uma vez mais ele mencionara o bordão que o marcaria para sempre: a afirmação de que “o pagamento por unidade de serviço é um fator incontrolável de corrupção”. Contou, bem-humorado, que de tanto ouvi-lo dizer que “o pagamento por unidade de serviço é um fator incontrolável de corrupção”, quando alguém o procurava pelo telefone e ele não estava, todos em sua casa explicavam que ele não estava e completavam: “mas ele mandou dizer que o pagamento por unidade de serviço é um fator incontrolável de corrupção”.

Carlos Gentile de Mello foi um crítico contundente e reiterado do modelo que se consolidara na medicina previdenciária e que, como modelo, como se vê, segue bem vivo. Articulista por vários anos da *Folha de S. Paulo*, o jornal publicou em 28/10/1982 uma nota quando ele faleceu, afirmando: “Crítico do modelo de medicina previdenciária adotado no Brasil, Gentile entendia que a forma de remuneração dos hospitais particulares conveniados do Inamps, baseada no pagamento por Unidade de Serviço, induz ao superfaturamento e à proliferação de atos médicos desnecessários provocando a

a terra é redonda

exaustão dos recursos destinados à assistência médica”.

O reconhecimento de que o direito ao cuidado em saúde é também do interesse de toda a sociedade e, por essa razão, não pode ser mercantilizado, foi um dos valores muito caros aos que integraram o movimento da Reforma Sanitária que nos legou o SUS, inscrito na Constituição Federal de 1988. Um valor que segue sendo irrenunciável para os SUSistas contemporâneos.

Mas a proposta de escambo sanitário divide no momento os que se identificam com a defesa do SUS.

Para um segmento, que poderia ser identificado como “mais institucionalista”, quem deve aos governos deve pagar suas dívidas – em dinheiro. E o governo, em cada ente federativo, deve decidir o que fazer com os recursos provenientes do pagamento de dívidas.

A proposta de escambo sanitário é vista, nesse segmento, como indesejável e prejudicial ao SUS, pois induz, reforçando-o ainda mais, o modelo hegemônico de atenção à saúde, que é hospitalocêntrico, centrado na assistência médica, e que se desenvolve com base no que produtores privados de cuidados médicos querem oferecer à população, via SUS.

Defendem que, ao contrário, o modelo de atenção à saúde contra-hegemônico, que vem sendo defendido desde a criação do SUS, por conselhos e conferências de saúde, entidades de profissionais e movimentos sociais de saúde, é o oposto, buscando-se fortalecer a atenção básica à saúde, centrado na clínica ampliada, com prioridade para atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e, sobretudo, que tenham como base não o que produtores querem vender ao SUS, mas as necessidades em saúde das populações dos diferentes territórios.

Isso implica fazer e valorizar o planejamento local ascendente, com cogestão participativa das unidades do SUS, por representantes da administração pública, trabalhadores da saúde e usuários do sistema público de saúde.

Para o segmento “institucionalista”, ao agir hoje deve-se pensar nas consequências dessas ações para o SUS, a médio e longo prazos, pondo em prática soluções que tenham impacto epidemiológico, base em evidências científicas e que não coloquem em risco a sustentabilidade do sistema.

Em outro polo está o segmento que poderia ser denominado de “mais pragmático” e que sustenta que as necessidades da população são urgentes e “não podem esperar”. Nessas situações é necessário implementar o quanto antes medidas que correspondam a respostas eficazes e eficientes para as demandas populares, como as que se referem a consultas com especialistas, exames e cirurgias buscados pelas populações, em todos os municípios.

Os pragmáticos consideram que houve nos últimos anos uma expressiva ampliação da oferta de recursos tecnológicos no setor privado e que não haveria motivos para o SUS não se beneficiar desses recursos, colocando-os à disposição de todos, mas sempre sob controle do SUS.

De acordo com [matéria](#) publicada por Edjalma Borges, do Ministério da Saúde, no site gov.br, o presidente Lula autorizou que o Ministério da Saúde, em conjunto com a Casa Civil e outros ministérios, avance na construção de propostas para viabilizar o plano. Edjalma Borges informou ainda que o ministro Alexandre Padilha “tem urgência em fazer essas ações acontecerem logo”, como é o caso da “entrega de novos equipamentos de radioterapia em unidades do SUS por todo o país, o que vai permitir reduzir o tempo de espera para o início do tratamento”.

Não há, porém, informações que detalhem o plano, o que tem causado um grande mal-estar mesmo em setores pragmáticos que atuam politicamente nas bases de apoio do Lula3, pois tal como anunciado, o plano de troca de dívidas por unidades de serviços (consultas, exames, cirurgias) consolida e institucionaliza mecanismos de financiamento do SUS que voltam a centralizar no governo federal, como queria Fernando Collor de Mello nos dois primeiros anos de vida do SUS, o sistema público de saúde do país.

a terra é redonda

Nesse “novo modelo”, dizem, teria fim o SUS como um sistema federativo, descentralizado, constituído por redes de unidades de diferentes níveis de atenção, e gerido sob coordenação nacional do Ministério da Saúde e coordenação local municipal – pelo menos no que se refere à atenção secundária (ambulatórios de especialidades) e terciária (hospitais).

Essa opção, além de violar a Constituição de 1988 e a legislação vigente que regulamenta dispositivos constitucionais sobre o direito universal à saúde, daria nova formatação à governança do SUS, com o governo federal chamando para si decisões sobre consultas, exames, cirurgias e demais ações e operações da assistência à saúde em todo o país.

“Mas acontece” – ponderam especialistas em gestão pública –, “que o ministério da Saúde não tem a menor condição de administrar isso de modo centralizado”. Exemplificam a impossibilidade, argumentando que “a Pasta não consegue sequer administrar diretamente o Programa Mais Médicos, demandando a participação de terceiros para gerenciar o programa”.

“Ninguém está entendendo o que a Casa Civil tem a ver com a gestão cotidiana do SUS”, ouvi de uma colega sanitária. “É um absurdo; não faz o menor sentido”. Ponderei que “essa relação direta do governo federal com gestores hospitalares é o que vem sendo feito há décadas com o socorro financeiro às Santas Casas, para resolver as insolvências e a quebra-deira que marca essas organizações”.

Em resposta, ouvi que “pois então, é isso que precisa ser enfrentado e resolvido. Se o governo federal quer tirar estados e municípios da gestão do SUS, então deveria criar uma empresa pública, ou algo similar, para cuidar disso. O ministério da saúde não dará conta e acabará desmontando o que foi construído em mais de 30 anos”. Agradeci o comentário e encerrei a conversa.

E você, caro leitor, cara leitora, o que pensa das posições de institucionalistas e pragmáticos? O escambo sanitário é mesmo uma boa ideia ruim? Ou seria mesmo uma boa ideia?

Para ajudá-lo(a) a se decidir, digo que no início desse artigo mencionei a personagem Pollyana. Volto, a propósito, a um [artigo](#) publicado no site **A Terra é Redonda**, por José Damião de Lima Trindade em que, em certo trecho, cita Hegel para quem “descobrimos o que uma coisa é, não pelo seu ‘lado’ bom – ou ruim, tanto faz – mas pelo rumo principal, pelo rumo determinante do seu movimento”.

Em nosso caso, tendo em vista suas consequências para o SUS, a que rumo principal, determinante do seu movimento, nos remete a boa ideia ruim da proposta dos “planinhos” da ANS? E a que rumo principal, determinante do seu movimento, nos remete a proposta de escambo sanitário?

Mas fique tranquilo, você não está frente à Esfinge de Tebas. Se não decifrar esses enigmas, não será devorado. Você, leitor(a), não. Mas pense no SUS.

***Paulo Capel Narvai** é professor titular sênior de Saúde Pública na USP. Autor, entre outros livros, de *SUS: uma reforma revolucionária* (Autêntica). [<https://amzn.to/46jNCjR>]

A Terra é Redonda existe graças aos nossos leitores e apoiadores.

Ajude-nos a manter esta ideia.

CONTRIBUA