

06 de Abril de 2021

RETROCESSOS NO SUS E FRAGMENTAÇÃO NAS RESPOSTAS À PANDEMIA DE COVID-19

Entenda a origem, os interesses privados e os efeitos da “Lei da Vacina” (nº 14.125/2021) e da “Lei Pró-Leitos” (PL nº 1.010/2021)

Introdução

Duas leis recentemente apresentadas pelo Congresso Nacional em resposta à pandemia de Covid-19 têm como fundamento a convocação do setor privado para adquirir vacinas e expandir a capacidade hospitalar instalada.

As duas iniciativas têm origens distintas quando considerados seus principais apoiadores. Também geraram graus diferenciados de questionamentos durante a tramitação, assim como de consensos e críticas posteriores à aprovação. Contudo, compartilham um núcleo comum: a solução de transferir parte das responsabilidades e competências governamentais.

Aprovadas após mais de um ano depois do início de casos e óbitos no Brasil, as novas leis têm a intenção de adicionar recursos preventivos e assistenciais para o controle da Covid-19. São expressões normativas no âmbito nacional, alinhadas com movimentos de governadores e empresários, que buscaram constituir fóruns alternativos aos do governo federal. Constituem um circuito paralelo àquele estabelecido pela legislação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao procurar resolver no curto prazo lacunas na oferta de bens e serviços de saúde, as leis abrem fissuras nos alicerces institucionais do SUS. Ações colaterais às do Ministério da Saúde têm repercussões sobre o princípio constitucional do direito à saúde garantido por políticas sociais.

Esta Nota sumariza os processos de formulação, debates, aprovação e repercussões da Lei 14.125/2021 e do Projeto de Lei 1.010/2021, enfocando a identificação de suas principais características. O objetivo é contribuir para reflexões e alertar para desdobramentos imediatos e futuros da nova legislação.

Lei nº 14.125/2021 (Lei das Vacinas)

■ O QUE É

A Lei das Vacinas (nº 14.125/2021), originada do projeto (PL 534/2021) de autoria do presidente do Senado Federal, Rodrigo Pacheco (DEM-MG), em vigor desde 10 de março, permite a compra e a distribuição de vacinas contra Covid-19 por empresas privadas, autoriza a aquisição direta desses insumos por estados e municípios, além de tratar da responsabilidade civil de entes públicos diante de possíveis eventos adversos dos imunizantes.

No caso de compra privada, as doses deverão ser integralmente doadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto durar a vacinação dos grupos prioritários definidos pelo Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, do Ministério da Saúde. Depois disso, 50% das doses adquiridas podem ser distribuídas pelos compradores privados.

■ O QUE MUDOU

Empresas e outras pessoas jurídicas de direito privado podem agora adquirir diretamente dos laboratórios farmacêuticos, no Brasil e no exterior, vacinas contra a Covid-19 que tenham recebido da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) o registro definitivo ou a autorização temporária para uso emergencial ou importação.

A vacinação privada no Brasil é admitida desde 1975 pela legislação que instituiu o Plano Nacional de Imunizações (Lei nº 6.259/1975) e por Resoluções da Anvisa, mas apenas para vacinas fora do calendário obrigatório oficial do Ministério da Saúde, sem menção a contextos de urgência sanitária.

Outra mudança promovida pela lei foi derrubar a exclusividade do Ministério da Saúde na compra pública de vacinas contra Covid-19 para o SUS, permitindo que estados e municípios também adquiram os imunizantes diretamente de empresas farmacêuticas.

Por fim, a lei definiu a responsabilidade civil por eventuais efeitos adversos provocados pelas vacinas, a ser assumida por empresas e entes públicos que adquirem ou administram os imunizantes.

■ O QUE MOTIVOU E QUEM APOIA

A proposta de compra de vacinas por empresas privadas e por entes públicos subnacionais ganhou forças no contexto de agravamento da pandemia e de críticas à escassez de vacinas, à lentidão da vacinação, às incertezas e revisões constantes, para menos, de quantitativos de vacinas a serem adquiridos pelo Ministério da Saúde, além das dificuldades enfrentadas pelos laboratórios nacionais para cumprir previsões iniciais de fornecimento.

Com apoio do presidente Jair Bolsonaro, os novos presidentes do Senado Federal e da Câmara dos Deputados tomaram posse em fevereiro, ao mesmo tempo em que o Congresso Nacional passou a ser intensamente pressionado pela insatisfação de prefeitos e governadores, assim como pelas demandas de segmentos privados, desde empresários que defendem a compra de vacinas para seus empregados como medida de retorno das atividades econômicas, clínicas privadas de imunização que desejam vender vacinas para clientela particular, até redes de farmácias e drogarias interessadas na aplicação e/ou venda dos imunizantes.

Questão adjacente, alguns laboratórios privados, possíveis fornecedores futuros de vacinas, como Pfizer/BioNTech e Janssen, colocaram como condição para assinatura de possíveis contratos de venda a previsão da responsabilidade dos compradores por eventuais efeitos adversos dos imunizantes.

Em síntese, o agravamento da pandemia, a falta de vacinas, o *lobby* de parte do setor privado empresarial no Congresso Nacional, as pressões de governadores e prefeitos, e as exigências de potenciais vendedores (que poderiam impedir a aquisição de vacinas por instâncias subnacionais e por agentes privados) foram as principais motivações da nova lei.

■ TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO NACIONAL

A tramitação em regime de urgência – a iniciativa foi apresentada pelo Presidente do Senado em 23 de fevereiro e a sanção pelo Presidente da República ocorreu em 10 de março de 2021 – impediu a qualificação do debate público e a participação da sociedade antes da aprovação.

Durante a tramitação no Senado foram apresentadas 21 emendas de senadores ao Projeto de Lei. A principal mudança aceita inseriu, no texto final da lei aprovada, a proibição da comercialização de vacinas. Trata-se de derrota do pleito das clínicas privadas de imunização, antes contemplado no texto original.

A compra privada, portanto, ficou condicionada à gratuidade da administração da vacina – por exemplo, para trabalhadores de empresas. Foram rejeitadas propostas que previam permitir as compras privadas somente após 70% de cobertura vacinal de toda a população elegível, que estados e municípios deixassem de receber da União a mesma quantidade de doses que adquirissem diretamente, e que empresas pudessem deduzir do lucro tributável 30% das despesas com a vacinação de seus empregados.

Após aprovação no Senado, durante a discussão da matéria na Câmara Federal foram apresentadas nove Emendas de Plenário, todas rejeitadas sob argumentos de celeridade e urgência. O uso de recursos do fundo partidário para aquisição de vacinas e a compra privada somente após o término da imunização de 80% da população elegível foram algumas mudanças sugeridas, mas não acatadas.

Na sanção da lei, o presidente Jair Bolsonaro vetou pontos que autorizavam estados e municípios a comprar vacinas com recursos da União, em caráter suplementar, ou com recursos próprios, em caráter excepcional, no caso de o governo federal não garantir a cobertura vacinal ou descumprir o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação. Também foi vetada a obrigação de o Ministério da Saúde divulgar informações sobre a aquisição e administração das vacinas pelo setor privado.

■ PRINCIPAIS PROBLEMAS

A imensa maioria dos países mantém programas governamentais, únicos e públicos de vacinação contra a Covid-19. Nas nações com sistemas universais de saúde, legislações excepcionais para o enfrentamento da pandemia proíbem explicitamente a compra de vacinas pelo setor privado. Mesmo em sistemas de saúde orientados pelo mercado, predominantemente privados, como nos Estados Unidos, a participação do setor privado se limita à logística e administração de vacinas, por meio de seguradoras, redes de farmácias e serviços de saúde privados.

Ventilada em países como a Indonésia e as Filipinas, por exemplo, a administração privada de vacinas paralela ao lento fornecimento público tem recebido forte oposição da população, pois traria privilégios às classes alta e média e aos trabalhadores formais em detrimento de idosos e vulneráveis ainda não imunizados.

No México, a falta de fornecedores inviabilizou a compra privada autorizada desde janeiro e o país segue com a vacinação ainda mais atrasada que o Brasil. Na Colômbia, uma proposta de ato administrativo para liberar a compra privada estava em consulta pública no início de abril. No Peru, diante de forte pressão de empresários para vacinar seus trabalhadores, o presidente Francisco Sagasti entrou no debate nacional dizendo que “o que não queremos é que quem tem dinheiro se vacine e quem não tem não se vacine”.

Na Austrália, onde o governo assinou acordos de fornecimento de quatro vacinas distintas, não há impeditivos para que os fabricantes vendam ao setor privado, o que ainda não ocorreu. A questão tem gerado intenso debate nacional.

Já a Organização Mundial da Saúde lançou a “declaração de equidade vacinal”, solicitando aos governos que distribuam as vacinas por meio de um plano nacional, de forma rápida e equitativa, priorizando de fato os trabalhadores da saúde e as pessoas mais expostas ao risco de se infectar e adoecer.

Não há, portanto, nenhuma experiência internacional em curso bem sucedida ou mesmo já avaliada de convivência entre programas públicos de vacinação e compras privadas de vacinas.

Além de ir na contramão de experiências internacionais, a compra privada ou descentralizada de vacinas no Brasil tenderá a oficializar a “dupla fila” de vacinação, perpetuando desigualdades de acesso à imunização, com prejuízos ao processamento de informações, ao acompanhamento da cobertura vacinal e à vigilância pós vacinação.

Por fim, condicionada à evolução da imunização em populações prioritárias, a aplicação da lei será questionável em função da ausência de diretrizes nacionais de cobertura vacinal e da indefinição da magnitude e da ordem dos grupos elegíveis, o que levaria a interpretações diversas sobre o momento da entrada do setor privado na vacinação.

■ DIVERGÊNCIAS

A lei das vacinas colocou em lados opostos segmentos do setor privado tanto da economia quanto da saúde.

A compra privada não é defendida pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) nem pelo grupo de empresários que integram o movimento Unidos pela Vacina, que tem auxiliado municípios na logística para acelerar a vacinação.

Já empresários alinhados ao presidente Bolsonaro defendem alterações na lei para permitir que empresas privadas possam adquirir vacinas sem necessidade de autorização prévia da Anvisa e sem obrigatoriedade de doação ao SUS. Um novo projeto de lei (nº 948/2021), do deputado federal Hildo Rocha (MDB/MA), contém essas mudanças, além de prever que vacinas possam ser integralmente deduzidas do imposto de renda das empresas compradoras. A proposta, no entanto, enfrenta na Câmara dos Deputados mais oposição e dificuldades do que a tramitação da lei das vacinas. Por sua vez, a Justiça Federal já chegou a autorizar a compra de vacinas, não efetivada, por sindicatos e associações, sem que as doses tenham que ser doadas ao SUS.

No setor privado da saúde, a Associação Brasileira das Clínicas de Vacinas (ABCVAC), que negociava a compra da vacina Covaxin, do laboratório indiano Bharat Biotech, não autorizada pela Anvisa, faz a defesa da comercialização. Mais reservadas, as redes de farmácias têm preferido fechar parcerias com prefeituras para instalar pontos de vacinação pública em suas lojas.

Outros segmentos, como o dos planos e seguros de saúde, posicionam-se contrariamente à compra privada. Neste caso, temem propostas recorrentes para que a vacina contra Covid-19 possa entrar no rol de coberturas obrigatórias da saúde suplementar.

Vários laboratórios produtores de vacinas, tanto públicos como Butantan e Fiocruz quanto privados como Pfizer, AstraZeneca e Janssen, afirmaram que não venderão imunizantes ao setor privado no Brasil, pois suas produções estão exclusivamente comprometidas em contratos com agentes públicos e governos federais.

Outro motivo do dissenso entre empresários é o cálculo do potencial abalo na reputação de empresas e danos na imagem de marcas, o que poderia afetar tanto compradoras quanto fornecedoras de vacinas que não estariam disponíveis igualmente em fila única para toda a população. O risco ficou evidente no escândalo da vacinação clandestina envolvendo empresários em Minas Gerais.

Projeto de Lei 1.010/2021 (Pró-Leitos)

■ O QUE É

O projeto de autoria do deputado Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr. (PP/RJ) institui o Programa Pró-Leitos, com vigência durante a emergência de saúde pública.

O texto prevê: 1) uso de recursos próprios de pessoas jurídicas e físicas, para uso do SUS, que serão deduzidos integralmente do Imposto de Renda para o pagamento de leitos privados clínicos e de terapia intensiva para pacientes com Covid-19; 2) dedução de despesas com o pagamento de leitos privados balizada pelo valor máximo de remuneração das empresas de planos de saúde privados (exercício fiscal 2021); 3) impacto orçamentário limitado a R\$ 2,5 bilhões; e 4) suspensão de internações eletivas em hospitais públicos e privados quando a taxa de ocupação atingir 85%, exceto para cardiologia e oncologia.

■ O QUE MUDOU

A lei acrescenta às regras de contratualização entre prestadores privados, estados e municípios, previstas na legislação do SUS por meio de editais e de acordos, uma via alternativa: o uso da capacidade instalada privada não por contratação, mas como mera contribuição ou doação.

Os hospitais privados poderão estabelecer um valor mais elevado que os praticados pelo SUS para o uso de seus leitos. Aos contribuintes seria permitido alocar em termos imediatos recursos para o SUS e obter posteriormente o ressarcimento das doações como dedução do imposto. Esse diferimento no tempo traria, em tese, um volume de recursos no curto prazo. A médio prazo, o governo recolheria menos impostos.

■ O QUE MOTIVOU E QUEM APOIA

A proposta de acréscimo de uma fonte de recursos tenta responder às pressões de prefeituras e estados que estão diante de dramas diários de filas e mortes de pacientes com Covid-19, sem acesso aos cuidados intensivos. Também representa uma mudança de atitude do presidente da Câmara que, ao assumir o cargo, declarou prioridade no enfrentamento da pandemia.

Trata-se de uma iniciativa que conjuga a velha tradição de vinculação do Centrão a determinados segmentos do empresariado da saúde com a disputa de protagonismo político na conjuntura de crise sanitária e de acirramento da crise política.

Os presidentes da Câmara, deputado Arthur Lira (PP/AL), e do Senado, Rodrigo Pacheco (DEM/MG), se reuniram no dia 22 de março com empresários do setor hospitalar e empresas de planos privados liderados por executivos do hospital filantrópico Albert Einstein de São Paulo. Dez empresas, entre as quais o hospital Sírio Libanês, Dasa, Hapvida, Bradesco Saúde, Porto Seguro, além de deputados, participaram do encontro.

Para Arthur Lira, idealizador do projeto, ressarcir a iniciativa privada seria mais barato do que expandir leitos em estabelecimentos públicos, além de ser um gesto de apoio empresarial ao enfrentamento da Covid-19.

■ TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO NACIONAL

Na Câmara dos Deputados, o projeto Pró-Leitos recebeu 15 emendas, entre as quais constam desde o uso de leitos das Forças Armadas, passando pela extensão da dedução fiscal para empresas de insumos e hospitais filantrópicos, pela atuação de médicos estrangeiros até o uso dos recursos para contratação de profissionais de saúde, requisição administrativa de leitos, e definição de preços de acordo com a tabela SUS.

Em 24 de março, todos os partidos votaram favoráveis ao requerimento de urgência, argumento que levou à rejeição de todas as emendas.

No debate do plenário destacou-se o preço a ser cobrado pelas internações, tanto em concordância quanto em crítica aos valores de remuneração previstos. Foram ressaltados, ainda, o fato de os hospitais privados estarem com elevadas taxas de internação e a possibilidade ou risco de requisição administrativa dos leitos (Lei 13.979 de 2020).

Encaminhado para o Senado, o projeto foi objeto de votação em plenário em 30 de março. As 18 emendas ao projeto foram rejeitadas, entre as quais a da dedução de tributos da receita bruta de empresas e a extensão dos benefícios fiscais para aquisição de vacinas. Não houve elogios à proposição e as

controvérsias em torno da norma legal, desde a inconsistência jurídica até a contrariedade com a aprovação de isenções fiscais, foram claramente expostas.

A votação realizada pelos senadores em torno de um destaque e várias sugestões para devolução do projeto para a Câmara foi rebatida com a alegação de possibilidade de veto de artigos por parte do governo, de edição de medida provisória e de apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a regulamentação da contratação e remuneração dos leitos. Trinta e nove parlamentares votaram a favor do projeto e 34 se posicionaram pela necessidade de revisão de seus conteúdos.

■ PRINCIPAIS PROBLEMAS

A expectativa sobre a existência de um número elevado de leitos privados disponíveis para serem destinados ao SUS mediante aportes financeiros empresariais ou pessoas físicas é questionável. A ideia que fundamenta o projeto é a tabela do SUS versus preços bem mais elevados de remuneração, a serem definidos posteriormente. Para apoiadores, o pagamento do SUS seria comprovadamente “insuficiente”, “não reajustado há mais de trinta anos”, “não resolve mesmo quando multiplicado por dois ou até por três.” E o valor de um “leito novo” seria superior ao da compra dos leitos privados existentes.

Não houve, no debate, críticas à tabela em si, como se fosse natural e inescapável a efetivação de contratos baseados em pagamento por unidades de serviço, o que tem sido historicamente criticado como inadequado para a saúde. Preços de elementos do processo de cuidados não possuem o condão de resolver problemas da formação, alocação e qualidade de profissionais, nem a produção e suprimento de insumos, muito menos a necessidade de adequar oferta às necessidades de saúde.

Uma tabela *ad hoc* para o SUS permitiria, em tese, que hospitais privados aumentassem preços de suas internações para empresas de planos de saúde. Trata-se de um vetor de competição entre o público e o privado que, ao tentar favorecer o público, imporá um parâmetro estatal ao mercado. E traria para o SUS o *modus operandi* de definição de preços desregulamentados. Haveria um tabelamento que pressionaria hospitais a renunciarem à negociação de contratos com operadoras de saúde caso a caso, passando a se mover na perspectiva de contratos com pessoas jurídicas e físicas pagos com flexibilidade.

O pressuposto de usar leitos privados e não a expansão da capacidade instalada pública como única solução imediata para ampliar a oferta é inadequado a um país que deve fazer bom uso de seus recursos públicos, pois tem comprovadamente déficits assistenciais e de financiamento para o SUS. O projeto não potencializa o SUS ao conferir ao setor público o papel de mero comprador de serviços.

Internações hospitalares são rotineiras e requerem financiamento estável e permanente. É uma situação bem diferente, por exemplo, da dedução do pagamento de tributo para o financiamento de obras artísticas ou eventos, que têm como objeto o apoio para atividades singulares que ocorrem em tempo definido. Em função das características múltiplas e rotineiras das ações de saúde, o controle das contas da transferência e uso de recursos privados seria extremamente complexo e abriria possibilidades de desvios e evasão.

■ DIVERGÊNCIAS

A Lei 1.010 não foi consensual no âmbito do Congresso Nacional e tampouco entre grupos hospitalares, empresas de planos de saúde e suas entidades de representação. Há registros de iniciativas baseadas em aportes financeiros privados de grandes grupos econômicos do setor vinculadas ao apoio direto para o aumento de leitos públicos e filantrópicos. Embora sejam pontuais, e não tenham escala como resposta ao atendimento de pacientes graves com Covid-19, conotam um movimento distinto daquele previsto pelo projeto Pró-leitos.

É previsível também a ocorrência de contrariedades da área econômica e de agências internacionais, como o Banco Mundial, que manifestaram em diversas ocasiões que os subsídios fiscais para o setor privado da saúde deveriam ser superados.

O Pró-Leitos aumenta despesas para a saúde, ainda que tributárias, e cresce, portanto, problemas à lei orçamentária e à aprovação de um orçamento já repleto de incompatibilidades.

Anotações para o debate

Tanto a aquisição de vacinas quanto de leitos encontra na oferta obstáculos objetivos. Normas legais de maior privatização do SUS não têm o poder de dissolver a dependência tecnológica e as desigualdades estruturais no acesso às ações e serviços de saúde. Contudo, sinalizam explicitamente descrédito das bases solidária e progressiva de financiamento e do direito universal à saúde.

No curto prazo, ambas as leis repercutem mais como retórica política, uma espécie de “cartão de visitas” para apresentação no segundo comitê de crise instituído pelo presidente da República. No primeiro, criado em março de 2020, nem sequer havia representação do Congresso Nacional.

As duas leis são apenas ideias ao vento. Expressam uma concepção de saúde como consumo e, portanto, produto a ser comprado. É precária a noção de facilidade para mover imunizantes e leitos como se fossem peças de um jogo de tabuleiro.

As leis tentam substituir o “direito de todos”, inscrito na Constituição de 1988, o qual subjaz prioridade para aqueles mais expostos a riscos e condições clínicas graves, pela retórica “para todos”, usada nas campanhas empresariais.

Países categorizados como em desenvolvimento avançaram o debate sobre a compra privada de vacinas ao ouvir cientistas, juristas e empresários. A rejeição da perspectiva da organização de duas filas para vacinação suscitou propostas alternativas, como a vacinação de todos os grupos prioritários nos territórios sede e nos quais as empresas atuam.

Assim, ao contrário da tendência de rever leis para propiciar a aquisição por empresas, sem contrapartida para o sistema público, o movimento é inverso: convoca-se o apoio para a imunização da população.

No Brasil, tivemos duas acepções sobre a causalidade dos problemas no enfrentamento da pandemia. Na primeira, que predominou até fevereiro de 2021, o motor da má resposta do país à pandemia seria a negligência, a descoordenação, a recusa à adoção de estratégias de contenção da circulação do vírus e o desinvestimento na ciência, tecnologia, inovação e nas bases produtivas nacionais de equipamentos e insumos para saúde.

A segunda interpretação é recente e tem como fundamento a necessidade de recursos financeiros adicionais para a saúde que seriam oriundos de fontes privadas e, ao serem alocados para responder à pandemia, corresponderiam a expectativas de movimentação de empresários e negócios da saúde. Tal avaliação desconsidera que houve aumento dos recursos federais para a saúde em 2020 e que não são de ordem orçamentária os principais geradores da maior crise sanitária da história do país.

Durante a tramitação das duas normas legais, que poderão afetar o futuro da saúde pública no país, foram frequentemente pronunciados por parlamentares e empresários termos como “na guerra vale tudo”, o “SUS até que funciona”, “sem o SUS seria pior” e “vacina para todos”.

O conhecimento da maioria dos políticos sobre as políticas de saúde é bastante incipiente. Em contraste, a intimidade de deputados, senadores e ministros com setores empresariais sempre foi intensa. Desse paradoxo, a pouca aproximação com as reais necessidades e práticas do SUS e a demasiada proximidade com agentes do mercado, resulta um debate procedimental, pouco voltado aos conteúdos e consequências das leis. Ou seja, é baixa a preocupação com a emissão de políticas de saúde democráticas e efetivas.

As duas regras aprovadas pelo Poder Legislativo têm potencial para romper o tecido de solidariedade baseado em um modelo estatal de redistribuição. São leis que devem ser rechaçadas, pois nos remetem ao passado, no qual a assistência aos doentes era confundida com caridade. A aparente boa vontade e mobilização social para sair da crise sanitária se mistura com ingredientes do atraso que interditam perspectivas duradouras e progressivas de bem-estar social.

Substituir o social pelo privado só afastará o Brasil das concepções contemporâneas de saúde e das perspectivas de redução das desigualdades.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde
Departamento de Medicina Preventiva da
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo
(GEPS – FMUSP)
<https://sites.usp.br/geps/>

**Grupo de Pesquisa e Documentação
sobre Empresariamento na Saúde**
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio de Janeiro
(GPDES – IESC/UFRJ)
<http://www.iesc.ufrj.br/gpdes/>