

*Ecopolítica. Governamentalidade planetária, novas institucionalizações e resistências na sociedade de controle.*

**ObamaCare, SUS e Brasil Carinhoso**

O Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), conhecido popularmente como Affordable Care Act (ACA) ou ObamaCare, é um estatuto federal dos EUA transformado em lei pelo president Barack Obama em 23 de março de 2010. Com o suporte do Health Care and Education Reconciliation Act em sua execução, a lei representa a maior participação do Estado no que diz respeito à revisão regulamentar e ao investimento no sistema de assistência de saúde estadunidense, incluindo o Medicare e o Medicaid criados em 1965. Por meio de benefícios e ampliação de direitos, a lei visa diminuir o número de cidadãos americanos não assegurados, proporcionando opções acessíveis de planos de saúde, regulação da indústria de seguros-saúde e redução de gastos em healthcare.

O sistema de saúde estadunidense é composto por seguros-saúde públicos e privados. O primeiro inclui Medicare e Medicaid, uma parcela financiada através de uma percentagem dos impostos salariais pagos pelos trabalhadores e pelos seus empregadores e outra financiada por prêmios dedutíveis mensalmente do seguro social. Já o segundo divide-se em Employer Sponsor Insurance (Seguro-saúde coberto pelo empregador) e Private Non-Group (mercado individual).

O Medicare, programa federal, abrange pacientes de 65 anos de idade ou mais, assim como pessoas que apresentem determinadas deficiências. O Medicaid é um programa financiado conjuntamente pelo governo federal e estadual destinado a indivíduos de baixa renda e indivíduos debilitados. Já o Employer Sponsor Insurance, fonte principal do plano de saúde dos estadunidenses, refere-se ao processo no qual funcionários recebem seguro-saúde geridos por empresas de seguros privados por meio de seu empregador. Por sua vez, o mercado individual, também administrado por empresas de seguros privados, abrange indivíduos que são autônomos, aposentados ou incapazes de adquirir seguro-saúde por meio de seu empregador.

De maneira geral, desde a implementação do ObamaCare em outubro de 2013, o cidadão tem a escolha entre manter o atual plano de saúde ou acessar pela internet o Health Insurance Marketplace, um grupo de provedores de seguros que

disponibiliza opções de seguro-saúde o mais adequado às necessidades e orçamento do solicitante. Ambos os programas, assim como o Marketplace, sujeitam-se à gestão e regulação de cada Estado de maneira independente – variam a elegibilidade do segurado e o valor dos prêmios –, porém mantém-se estritos à critérios mínimos impostos pelo governo federal quanto à cobertura de serviços médicos e hospitalares.

O objetivo principal do ObamaCare é fornecer cuidados a toda população norte-americana, de maneira a incluir indivíduos de renda média e baixa. Em uma visão geral, a lei obriga todo cidadão estadunidense obter um plano de saúde, seja ele privado ou por meio de programas de assistência federal ou estadual. O plano de reforma penaliza indivíduos que não obtiverem qualquer tipo de plano de saúde calculado um imposto de 1% de sua renda total em 2014 e 2,5% em 2016, além de empregadores que tiverem mais de 50 funcionários trabalhando em tempo integral, caso esses não lhes oferecerem seguro-saúde de acordo com os padrões do ObamaCare<sup>1</sup>.

A lei prevê a ampliação da disponibilidade, acesso e qualidade dos seguros-saúde à disposição no mercado por meio de proteção ao consumidor no que diz respeito à regulação, subsídios, taxas e expansão e melhorias nos programas Medicare e Medicaid com base no nível federal de pobreza (Federal Poverty Level). Os mais significativos são a precaução à discriminação de gênero e prevenção de ‘dropping’ por causas diversas – uma vez que antes do Affordable Care Act (ACA) a cobertura do seguro ou o tratamento poderiam ser negados se o paciente já estivesse enfermo no passado, ser abandonado no meio do tratamento por erros na aplicação da apólice ou ser cobrado a mais por ser do sexo feminino.

Assim, sob a ordem do governo federal, as apólices dos planos de saúde estão submetidas à padrões mínimos - chamados de *benefícios essenciais de saúde* - e os planos de saúde são legalmente obrigados a fornecer cobertura a todos os requerentes, independentemente de seu histórico médico. Para isso, a lei estabelece um sistema parcial de classificação para os prêmios, o que significa que os planos de saúde estipulam seus prêmios com base na geografia e na idade dos requerentes, e não no sexo ou nas condições médicas pré-existentes.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) também atua promulgando a inclusão e o princípio de igualdade na busca pela concretização do direito à saúde

---

<sup>1</sup> Ver: <http://obamacarefacts.com/whatis-obamacare.php>

como um “direito de todos” e “dever do Estado”, previsto na Constituição, com base em leis que operacionalizem o atendimento público da saúde. Antes da implementação do SUS com a constituição de 1988, assim como nos Estados Unidos, a maioria da população se encontrava vinculada à situação empregatícia e conseqüentemente à previdência social, por meio do INAMPS<sup>2</sup>, para usufruir da utilização dos serviços de saúde.

Com a implementação do SUS, a parcela da população desempregada, seja por deficiências físicas, por insuficiências na educação ou por inacessibilidade estrutural ao mercado de trabalho formal, passou a ser incluída na política assistencialista governamental. São cinco os princípios básicos que orientam o sistema de atuação do programa:

Universalidade, que considera a saúde como um direito de todos e garantido por parte do Estado; Integralidade, confere ao Estado o dever do atendimento integral e garantia em relação ao acesso de todo e qualquer cidadão. Para isso, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção à assistência curativa, nos mais diversos níveis de complexidade, como forma de efetivar e garantir o postulado da saúde; Descentralização, que estabelece ações e serviços públicos de saúde na integração de uma rede regionalizada e hierarquizada e que constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo (...) Por isso, o Sistema Único de Saúde está presente em todos os níveis federativos – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – de forma que o que é da alçada de abrangência nacional será de responsabilidade do Governo Federal, o que está relacionado à competência de um Estado deve estar sob responsabilidade do Governo Estadual, e a mesma definição ocorre com um Município. Dessa forma, alega-se a busca por um maior diálogo com a sociedade civil local, que está mais perto do gestor, para cobrá-lo sobre as políticas públicas devidas; Equidade, em que busca-se preservar o postulado da isonomia. Logo, todos os cidadãos, de maneira igual, devem ter seus direitos à saúde garantidos pelo Estado. Entretanto, as desigualdades regionais e sociais podem levar a incoerência dessa isonomia, afinal uma área mais carente pode demandar mais gastos em relação às outras. Por isso, o Estado deve tratar "desigualmente os desiguais", concentrando seus esforços e investimentos em zonas territoriais com piores índices e déficits na prestação do serviço público; Participação Social, a participação da comunidade nas ações e serviços públicos de saúde, atuando na formulação e no controle da execução destes. O *controle social*, como também é chamado, promove a participação dos indivíduos na gestão do SUS através das Conferências da

---

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Previdência Médica e Hospitalar, criado pelo regime civil-militar em 1974 (hoje Ministério da Previdência Social). Tinha a finalidade de prestar atendimento médico/dentário aos que contribuam com a previdência social e seus dependentes.

Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis federativos – União, Estados, Distrito Federal e Municípios<sup>3</sup>.

Com a instituição do princípio da universalidade, todas as pessoas passaram a ter direito ao acesso às ações e serviços de saúde, antes restritos aos indivíduos segurados à previdência social ou àqueles que eram atendidos na rede privada. Essa ampliação da cobertura instituída pelo SUS, no que se refere ao seu financiamento, foi regulada nos termos da Constituição, art. 195, que assevera que “a seguridade social será financiada por toda a sociedade de forma indireta, (...) mediante recursos provenientes dos orçamentos da união, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, (...) da contribuição social dos empregadores e de trabalhadores e sobre a receita de concursos de prognósticos”, o que implica que a sociedade e os trabalhadores participem do financiamento das ações e serviços do SUS, mesmo que de forma indireta” (Pontes *et ali.*, 2009).

Assim, o que se define como *único* na Constituição se mostra como um conjunto de padrões mínimos de organização do sistema de saúde – os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Estes elementos se relacionam com as distinções e determinações locais através do controle social do sistema de saúde. Para além, segundo a própria cartilha do governo federal de princípios e conquistas do SUS afirma-se que

Na verdade, o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde no país. Antes a saúde era entendida como "o Estado de não-doença", o que fazia com que toda a lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc.<sup>4</sup>

Por sua vez, a participação popular, sob o cunho de uma gestão descentralizada, garante a ligação direta do cidadão à formulação e implantação dos serviços e ações de saúde. Sob a tutela do Estado, o próprio indivíduo passa a

---

<sup>3</sup> Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf) (acessado em 10/06/2014).

<sup>4</sup> Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf) (acessado em 10/06/2014).

policar a comunidade a fim de estabelecer a vigilância sanitária sob o padrão pré-estabelecido pelo governo com a própria reformulação do conceito de saúde e os seus aparelhos de gerenciamento. Assim como, de maneira geral, a totalidade das ações e serviços prestados acerca da saúde da população, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em rede regionalizadas e hierarquizadas.

Evidência disso é o Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima de deliberação do SUS, que tem como missão a fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas ligadas à saúde. O CNS é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde. Compete ao Conselho aprovar o orçamento da saúde assim como acompanhar a sua execução orçamentária. Também cabe ao CNS a responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde.

Como esfera de gestão do SUS, o Plano Nacional de Saúde atua como instrumento de referência no direcionamento das políticas sociais do programa federal. Afirma-se que o PNS contribui para a redução das desigualdades no âmbito da saúde mediante metas e agendas estratégicas para a melhoria da condição de saúde para a população. Com base na combinação dos graus de eficácia e eficiência das políticas e ações nesse sentido, se estabelece como atribuição comum da União, estados, Distrito Federal e Municípios a elaboração e atualização do plano.

De acordo com Oliveira, o controle social

abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão no SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos diversos atores sociais. As Conferências de Saúde, que ocorrem a cada dois anos, devem avaliar o cumprimento das diretrizes contidas no respectivo Plano de Saúde e produzir diretrizes que orientem novas políticas e programas no seu âmbito de atuação. Conselhos e conferências são garantidos nas três esferas de gestão do SUS pela Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. O SUS garante aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios autonomia para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é preciso que cada esfera de gestão tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Ao Ministério da Saúde (MS) e às secretarias estaduais e municipais de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS (Oliveira, 2006: 94).

Por sua vez, nos Estados Unidos a lei ObamaCare instituiu, na área intitulada Proteção do Paciente: Modernização da Prevenção de Doenças, a criação de conselhos de saúde pública conhecidos como PHC (Public Health Council). Eleitos pelo presidente junto ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos (Department of Health and Human Services) tem como objetivo controlar a gestão e as ações em torno da saúde da população. Assim como no Brasil, o conceito de saúde se amplia para diversos setores – vista a implementação de Secretários da Educação, Agricultura, Trabalho, Transportes e Políticas Domésticas nos Conselhos.

Em Nova Iorque<sup>5</sup>, por exemplo, O Conselho de Saúde Pública e Planejamento da Saúde (PHHPC) é responsável pela coordenação e liderança em nível federal, e entre todos os departamentos e agências federais, no que diz respeito à prevenção, bem-estar e promoção da saúde e ao sistema público de saúde. É também responsável por aconselhar os dirigentes sobre questões relacionadas à preservação e melhoria da saúde pública.

Em ambos sistemas, seja no brasileiro ou estadunidense, os Conselhos se responsabilizam pela adoção e alteração de um código sanitário que envolve desde o sistema de gestão e cuidados para saúde até o gerenciamento dos hospitais. Baseados no conceito de reforma sanitária que implementa o SUS e o ObamaCare, os sistemas e dispositivos ligados à saúde se sujeitam à modulação do conceito de saúde ampliado para todos os setores da vida dos indivíduos.

Na mesma direção, as políticas assistencialistas governamentais articulam dispositivos que englobam e proliferam a ampliação do conceito de controle da saúde populacional para crianças, do nascimento até a educação, como é o caso da Ação Brasil Carinhoso. Como parte do programa Brasil Sem Miséria, no qual constatou-se maior incidência de pobreza sobre crianças até 15 anos<sup>6</sup>, o projeto foi criado pelo governo federal a fim de atender a parcela mais vulnerável desse grupo - crianças de zero a seis anos.

Além do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a ação envolve o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (MEC), com participação significativa de municípios e estados na implementação do programa. Em um primeiro momento, foi criado um complemento do benefício do programa Bolsa

---

<sup>5</sup> Ver: [https://www.health.ny.gov/facilities/public\\_health\\_council/](https://www.health.ny.gov/facilities/public_health_council/)

<sup>6</sup> Disponível em: <http://www.mds.gov.br/brasilsemmiseria/brasil-carinhoso> (acessado em 13/06/2014).

Família, que garante que todos os beneficiários tenham uma renda mensal de, pelo menos R\$ 70, o que se considera pelo governo o afastamento da situação da extrema pobreza.

Na área da saúde, o Brasil Carinhoso visa o tratamento das doenças que, segundo os especialistas, mais prejudicam o desenvolvimento físico e intelectual na primeira infância. Na área da educação, a Ação Brasil Carinhoso concede estímulos financeiros aos municípios e ao Distrito Federal com o objetivo de incentivar o aumento da quantidade de vagas para as crianças de 0 a 48 meses, especialmente as beneficiárias do Bolsa Família, nas creches públicas ou conveniadas com o poder público, para que assim, “as suas mães também possam ter tempo livre para trabalhar com a certeza de que seus filhos estejam em boas mãos<sup>7</sup>”.

Nos EUA, o Children Insurance Health Program (CHIP) é uma das ações inseridas na reforma proposta pelo ObamaCare com o objetivo de promover a política preventiva de doenças – como obesidade, suplementos alimentares, depressão e autismo – que afetam crianças e jovens. Também baseadas na saúde como qualidade de vida e bem-estar social, estende-se o controle social para os indivíduos desde o seu nascimento a fim de padronizar a reforma sanitária pré-concebida pelo Estado e seus dispositivos.

Com a prerrogativa da inclusão e do fim da discriminação a fim de projetar concomitantemente igualdade e qualidade no que diz respeito à saúde, todos os dados médicos sobre a gestão da saúde populacional são coletados e centralizados em ‘databases’ controlados, em última instância, pelo Estado. O ObamaCare representa uma intensa expansão da autoridade regulatória do governo federal no setor da saúde, no qual planos de saúde e serviços médicos passa a funcionar sob a avaliação da burocracia federal. Também sob a tutela do Conselho Nacional de Saúde, no Brasil, o SUS implementa uma política em tese isonômica a fim de promulgar os direitos, a participação e a justiça social que no fundo transparecem o controle social por meio da ampliação do conceito de saúde e de reforma sanitária.

---

<sup>7</sup> Disponível em : <http://brasilcarinhoso.net/programa-brasil-carinhoso-dilma-o-que-e.html> (acessado em 13/06/2014).

## Bibliografia

- PONTES, Ana Paula Munhen de; OLIVEIRA, Denize Cristina de; CESSO, Rachel Garcia Dantas; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. “O Princípio da Universalidade do Acesso aos Serviços de Saúde: o que pensam os usuários?” In: *Revista Enfermagem*. Escola Anna Nery, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>
- OLIVEIRA, Flávia Silva de. “Controle social no Sistema Único de Saúde - SUS: aspectos constitucionais e legais dos Conselhos de Saúde” In: *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)
- Cartilha de Princípios e Conquistas do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)
- ObamaCare Facts: Affordable Care Act, Health Insurance Marketplace*. Disponível em: <http://www.obamacarefacts.com>
- Programa Brasil Sem Miséria: Brasil Carinhoso*. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/brasilsemisERIA/brasil-carinhoso>.