

TCC/UNICAMP

K799p

3492/IE

Política de saúde



1290003492

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ECONOMIA

CEDOC/IE

CE851-Monografia II

**A política de saúde do Brasil:
dilemas entre as relações público-privado**

3492/IE

Aluno : Márcio Kobori
RA 962835

Orientador : Prof. Dr. Marcelo W. Proni

Proni, Marcelo W. Proni

CEDOC/IE

Campinas, fevereiro de 2008

ÍNDICE

Resumo	01
Abstract	02
Introdução	03
Capítulo 1 – Constituição do Sistema de Proteção Social no Brasil	06
As políticas sociais no início da Nova República e a Constituição de 1988 (1985-89).....	13
Capítulo 2 – Emergência e desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil	15
Os caminhos da saúde pública : da era Vargas ao regime militar.....	15
A nova república e a luta pela descentralização da saúde pública (1985-1994).....	17
A Constituição de 1988 e a definição de uma nova política de saúde pública – o SUS.....	20
As dificuldades de implementação do SUS: a falência pública no período 1990-94.....	21
A saúde pública durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2000).....	23
O ministro Adib Jatene e a “cruzada” pelo “imposto da saúde”.....	25
O SUS e a descentralização da gestão da saúde.....	27
O lugar da saúde pública nas políticas sociais do governo FHC (1995-2000).....	31
Capítulo 3 – O sistema privado de saúde no Brasil	35
Empresas de medicina de grupo.....	37
Cooperativas médicas.....	38
Planos de autogestão.....	39
O mercado de seguro-saúde.....	40
Conclusão	44
Desafios do setor de saúde na década atual.....	44
Fontes de financiamento do Ministério da Saúde.....	47
Bibliografia	52

Resumo

Esta monografia pretende realizar uma reflexão sobre os caminhos da política de saúde no Brasil, que na década passada se caracterizou por um conjunto de reformas sociais amplas, que refletiram mudanças estruturais na economia e no Estado brasileiro.

Inicialmente, é feita uma retrospectiva da constituição do Sistema de Proteção Social no Brasil onde são destacadas as características históricas que marcaram o estabelecimento do Estado intervencionista a partir dos anos 30.

Em seguida, discute-se a emergência e o desenvolvimento do sistema público e privado de saúde no Brasil. Procura-se percorrer os caminhos que levaram às propostas de universalização e descentralização do sistema, características do atual Sistema Único de Saúde – SUS, implementado a partir da Constituição de 1988.

Com relação ao sistema privado, traça-se um histórico do mercado privado de saúde apresentando em seguida alguns atores que exercem um peso estratégico na constituição do sistema de saúde suplementar no Brasil.

Procura-se mostrar que a reforma no setor de saúde nos anos 1990 decorreu de: 1) políticas de ajuste estrutural; 2) constrangimentos externos, como as políticas propostas pelo Banco Mundial e os acordos assinados como o FMI; 3) políticas relacionadas à estabilidade monetária (Plano Real), a partir de 1994; 4) mudança do referencial das políticas de saúde, com a maior ênfase na desregulação e no setor privado; 5) mudanças no interior do Estado (política de descentralização do SUS e agências reguladoras para as indústrias farmacêuticas e para os planos de saúde), visando melhores preços e satisfação do consumidor.

As mudanças ocorridas nas esferas pública e privada propiciam elementos para uma reflexão necessária para a compreensão do contorno dado a estas reformas no Brasil.

Palavras chave: Políticas Saúde; Reforma Saúde; Relações Público-Privado; Saúde

Abstract

This paper analyze the health policy during 90's in Brazil. There were several social changes affecting economy and brazilian State. The changes occurred in public and private health system are relevant to understand the shape of these changes.

As a starting point, I show the Social Protection System implementation in the strong State presence from 30's in Brazil.

I discuss the public and private health system development in Brazil and the SUS implementation. At the same time, I make a private health system retrospect, showing some important actors for the suplementar health system constitution in Brazil.

Further, I try to explain that the health system reform in 90's were caused mainly by : 1-) Structural adjustment policies; 2-) Foreign constrains, as the World Bank policies and FMI agreement; 3-) "Real" Plan policies in order to provide some monetary stability in 1994; 4-) Changes in the health policy path, focusing on the desregulation as well in the private sector. 5-) Changes in the State policy, SUS decentralization and regulation reaching the medical industry and the health plans for better prices and customer satisfaction.

Therefore, I show the economical, political and the social policy elements that makes the difference by the changes that happens in public-private health policy in Brazil.

The changes occurred at the public and private health system are an interesting study for comprehension at all.

Key-words: Health Policies; Health Reform; Public-Private Relations; Health.

Introdução

Esta monografia analisa a reforma do setor de saúde como parte integrante do conjunto maior de reformas do Estado no Brasil ocorrida nos anos 90 com o advento da globalização. Partindo desse contexto, tais mudanças objetivaram firmar um modelo misto de política de saúde, que foi consolidado no país a partir da década de 70. Nesse modelo entram as reformas no sistema público de saúde, especialmente a implementação do Sistema Único de Saúde e mudanças na estrutura e no funcionamento do sistema privado, conhecido como sistema de saúde suplementar.

O sistema atual de saúde brasileiro pode ser descrito, em linhas gerais pelo convívio de um sistema de saúde público e um mercado privado de saúde. O sistema de saúde público pode ser resumido na figura do Sistema Único de Saúde (SUS), que se caracteriza por possuir uma oferta insuficiente de bens de saúde para a população, ou seja, por possuir um tamanho pequeno em relação à demanda existente no mercado. A oferta insuficiente de bens públicos de saúde limita o acesso da população através da necessidade de um longo tempo de espera por um tratamento, principalmente quando a necessidade de tal tratamento não se configura como uma emergência.

O setor privado de saúde é denominado por setor de saúde suplementar pelo fato do sistema público ter caráter universal e aquele ter surgido como um complemento. O segmento privado surgiu com a magnitude significativa e operou livre de regulação por mais de quarenta anos no país, sendo que somente a partir de 2000 passou a sofrer regulação de maneira mais sistemática e específica com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Constituição de 1988 trouxe em seu texto a garantia universal de acesso aos bens públicos de saúde aos brasileiros. Promulgada em 1988 configura-se como um marco fundamental na medida que define garantias individuais e sociais e assegura a descentralização política e administrativa. Nela estabeleceu-se, pela primeira vez em nossa história, um abrangente sistema de Seguridade Social, incluindo o setor saúde, afirmando que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado” e que ações e serviços de saúde são de relevância pública. Seus princípios são: universalidade; integralidade das ações; descentralização com comando único em cada nível de governo; regionalização; hierarquização e participação da comunidade.

Entretanto, essa garantia, que em princípio deveria estabelecer igualdade de direitos aos cidadãos, teria implicado numa série de peculiaridades para a relação entre saúde pública e privada, dada a estrutura produtiva do setor de saúde montada no país, que aumentaria, por exemplo, as desigualdades na distribuição dos bens públicos de saúde de alta complexidade.

Ou seja, o tema que regularmente emerge é a complexidade da relação entre o setor público e o privado na configuração do sistema de saúde. A relação público e privado tem implicado num amplo leque de dificuldades para os gestores do sistema, visto que é um tema que perpassa matricialmente as possibilidades de funcionamento do SUS, e que a lógica do mercado leva, por definição, à exclusão e à concentração, transformando pessoas

e cidadãos em consumidores, ainda mais num contexto onde a presença do Estado tem sido rarefeita.

Exemplificando essas dificuldades com dados do cotidiano, podemos citar a deterioração da saúde pública em Pernambuco que, chegava ao ponto máximo em 2004 e estava a exigir uma mobilização cada vez mais forte dos trabalhadores e do povo pobre que utiliza estes serviços.

É o que demonstra, por exemplo, a situação verificada nos principais hospitais da rede no artigo escrito por Paulo Gonçalves (dezembro, 2004) mostra que em novembro de 2004, a emergência do Hospital da Restauração, principal hospital público do estado, fervilhava de pessoas feridas. A todo instante chegavam acidentados, queimados, vítimas de assaltos, pessoas com dores, gritando e com expressão de pânico e sofrimento. Os médicos, estudantes, enfermeiros, auxiliares e vigilantes se desdobravam e faziam o possível para atender com a máxima presteza e urgência, mas era impossível.

Ele relata que não havia espaço, macas, camas, medicamentos, lençóis e profissionais da área, sobretudo cirurgiões e enfermeiros suficientes para sequer uma parcela mínima do povo que ali estava. Vários pacientes espremidos em cubículos, à guisa de enfermagem, aguardando horas por um medicamento, um cuidado, uma atenção que, muitas vezes, não chegava a tempo. Havia casos de pacientes com doenças contagiosas ou com pneumonia junto a outros que se submetiam a cirurgias.

Essa situação caótica fez com que no dia 17 de novembro daquele ano, vinte mil servidores de saúde entrassem em greve. Eram 13 categorias em greve, incluindo enfermeiros, farmacêuticos, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, técnicos de laboratório, técnicos de raios-X, maqueiros e funcionários administrativos.

Apesar da justiça pernambucana ter decretado a ilegalidade da greve, os trabalhadores continuavam na luta, pressionando o estado através da paralisação de hospitais na capital e no Interior, onde realizam apitaços, piquetes com até cem trabalhadores portando faixas, armando varais com cópias de contra-cheques, impedindo a entrada de diretores e fura-greve com bancos de madeira colocados na porta dos ambulatórios, paralisando o trânsito nas principais vias e esclarecendo o povo sobre seus direitos à saúde pública de qualidade, negligenciada pelo Estado burguês, além de exigir respeito às suas reivindicações.

O setor privado também não fica isento de problemas. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) criou em 2002 um ranking dos piores planos de saúde. No período de 16 de julho de 2001 a 30 de novembro 2002, foram registradas ao todo 8994 denúncias contra operadoras de planos de saúde. As operadoras de planos de saúde Centro Trasmontano de São Paulo, Unimed João Pessoa, Assistência Médica São Paulo (Blue Life), Golden Cross e Mam Montreal ocupam os cinco primeiros lugares de um ranking de reclamações criado pela ANS. (Matéria Jornal Folha de S. Paulo, 15 dezembro, 2002).

Os principais motivos de queixa são os aumentos nas mensalidades (2.576 ligações), a insatisfação com a rede prestadora (2.078), limitações de cobertura (1.109), irregularidades em geral (854) e litígios sobre doenças ou lesões preexistentes (723).

Outra forma pertinente para dimensionar que os problemas não ocorrem somente na esfera pública é a forma intensa de atuação do Procon. Em matéria divulgada no site da secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (janeiro de 2006), é relatado que a instituição incentiva usuários dos planos de saúde a apresentar reclamações contra empresas que reajustaram mensalidades em até 81 %. No caso, a matéria menciona que as duas maiores operadoras de planos de saúde do país estão na mira do Procon. As

seguradoras Bradesco Saúde SulAmérica anunciaram reajustes de mensalidades superiores a 44% - em alguns casos, chegam a 81,6% - e começam a sofrer processos judiciais. Juntas, as empresas têm 4 milhões dos 38 milhões de clientes com planos de saúde em todo o país. No Distrito Federal, o Procon quer reunir várias reclamações de usuários para entrar com uma ação coletiva contra as empresas.

Dada a problematização, o objetivo desta monografia é fazer uma retrospectiva dos antecedentes e relatar as principais mudanças ocorridas no setor público e privado de saúde no Brasil, dentro da conjuntura de reformas do modelo econômico e do Estado, iniciada, no país, nos anos 90.

No primeiro capítulo, faz-se uma retrospectiva do período caracterizado pelo intervencionismo Estatal, bem como a constituição do Sistema de Proteção Social no Brasil. São destacadas as características históricas que marcaram o estabelecimento do Estado intervencionista a partir dos anos 30.

No segundo capítulo procuro apresentar e debater a bibliografia referente à emergência e ao desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil. Assim, são discutidos os caminhos que levaram às propostas de universalização e descentralização do sistema, características do atual Sistema Único de Saúde – SUS, implementado a partir da Constituição de 1988.

O terceiro capítulo traça um histórico do mercado privado de saúde apresentando alguns atores que exercem um peso estratégico na constituição do sistema de saúde complementar no Brasil, como as empresas de medicina de grupo, as cooperativas médicas e o seguro-saúde destacando a influência desses e outros setores na orientação privatizante dada pela tecnoburocracia previdenciária, a partir de 1964. São caracterizadas as principais modalidades de gestão assumidas pelas empresas privadas que atuam no mercado de saúde brasileiro.

Por fim, o quarto e último capítulo realiza uma reflexão sobre os caminhos percorridos da reforma da saúde no Brasil, com base em trabalhos já existentes. O objetivo é contribuir para a rediscussão das relações público-privado, ainda permeadas por uma contradição, de caráter geral, entre duas lógicas de organização da proteção social.

A intenção é subsidiar o amplo debate em andamento no Estado e na sociedade sobre a configuração futura dos sistemas de saúde público e privado no país, tendo como pano de fundo os condicionantes estruturais externos e o imperativo da reforma do Estado.

CAPÍTULO 1 – CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

O período 1930-64 foi caracterizado pela crescente expansão e intervencionismo do Estado a partir do executivo, deve-se observar que antes mesmo do movimento militar de 1964, que acentuaria essa expansão do Estado, o fortalecimento do Executivo foi acompanhado por uma gradativa perda de poder de decisão por parte do Legislativo, principalmente na formulação da política econômica e financeira. (Diniz & Lima Jr., 1986:18-22). Portanto, apesar do reconhecimento do período 1945-55 com aquele no qual o Congresso apresentou um maior nível de participação nas decisões políticas de caráter econômico, o crescimento da burocracia estatal a partir da criação e estruturação de diversas agências-chave que se isolaram das pressões políticas – insulamento burocrático – foi de fundamental importância para a implementação de um projeto estratégico de desenvolvimento econômico brasileiro. A concentração das decisões em algumas poucas agências estratégicas e independentes do controle legislativo reforçou a gestão pela tecnocracia e a implementação de um modelo corporativo entre o Estado e o empresariado. (Leopoldi, 1992: 79;92)

O melhor exemplo da hipertrofia alcançada pelo Executivo durante a democracia populista foi o período da administração do presidente Juscelino Kubitschek (1956-61). Com o intento de obter o máximo de poderes para realização do Programa de Metas, JK criou instrumentos extra-constitucionais e um aparato burocrático específico voltado para o modelo desenvolvimentista. Esse aparato ficou conhecido como administração paralela : um esquema racional formado por órgãos já existentes e considerados eficientes (CACEX, BNDE, SUMOC) e novos órgãos executivos ou de assessoria, criados por decreto pela presidência da República (Grupos Executivos e Grupos de Trabalho). Assim, reforçou-se o poder de intervenção do Estado em relação a algumas políticas econômicas substantivas, escapando do cartorialismo e do clientelismo vigentes no Congresso e em diversos setores do próprio Executivo.

Portanto, podemos dizer que o regime democrático populista (1945-64) deu força a estrutura corporativa construída nos anos 30, dentro de um modelo de intermediação de interesses centralizado na ação concentrada do Estado e da sua burocracia, envolvendo a burguesia industrial e as camadas urbanas. Esta coalizão de interesses foi a responsável pela modificação do papel desempenhado pelo país na ordem capitalista internacional, encaminhando um projeto econômico desenvolvimentista baseado na substituição de importações.

O golpe militar de 1964 alçou a direção política do país uma coalizão tecnocrático-militar, vinculada a integrantes da elite empresarial. Essa aliança buscou desde o início implementar um projeto de reestruturação política e econômica comprometido de forma clara com os interesses privados da economia, reorientando o padrão de desenvolvimento capitalista até então vigente. (Diniz & Lima Jr, 1986: 37-38).

As reformas econômicas implementadas pelo regime militar objetivaram o saneamento econômico-financeiro do país. Condições externas altamente favoráveis para o crédito e para o investimento estrangeiro forneceram o suporte para os enormes índices de crescimento experimentados no período de 1968 a 1973 – que ficou conhecido como o

“milagre brasileiro” O governo militar procurava legitimar-se através da política econômica. O novo padrão de desenvolvimento capitalista, baseado em forte intervencionismo do Estado na ordem econômica, apresentava como principais características a concentração oligopolista da produção e a internacionalização da economia. O privilegiamento de grandes empresas nacionais, a acentuada expansão do setor estatal e a forte penetração de importantes empresas multinacionais acabaram por formar um modelo de coalizão de interesses que ficou conhecido como “a tríplice aliança”, ou seja, a união das multinacionais, das estatais e do capital nacional no desenvolvimento dependente brasileiro.

De qualquer forma, é importante deixar claro que o regime militar não excluiu a influência dos grupos econômicos privados, mas apenas significou uma redefinição dos canais de intermediação de interesses entre o Estado e as elites dominantes. (Diniz & Lima Jr., 1986: 48)

Nesse sentido, assumiu papel de grande relevância a consolidação de um elite tecnocrática civil e militar constituída durante o regime populista que, eliminando a competição eleitoral e a participação política das camadas populares urbanas, pôde aprofundar o processo de substituição de importações. Essa elite, associada com o capital estrangeiro e o grande capital nacional, preocupou-se também em promover a industrialização avançada, tentando inserir o país num outro patamar de desenvolvimento econômico.

A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

A Revolução de 30 pode ser considerada como o marco da emergência do Sistema de Proteção Social no Brasil. O sistema começou a ser montado na época de Getúlio Vargas e sofreu alterações e expansão com o regime militar. (Giovanni & Proni, 2006). Sônia Draibe apontou as características mínimas que definiram o Estado brasileiro como sendo de proteção social (Draibe, 1994). Ela situa o período de 1930 a 1943 como de “introdução” e de 1943 até 1964 como de “expansão fragmentada e seletiva” do sistema de proteção social. Somente a partir do regime militar, segundo ela, se daria a “consolidação institucional” (1964-67) e a “expansão maciça” (1967-77) do sistema.

A partir do momento de transição para a Nova República, Sonia Draibe (1998) cita as principais características do Sistema de Proteção Social como : a-) a extrema centralização do poder decisório e dos recursos no governo federal; b-) a acentuada fragmentação institucional; c-) o financiamento do gasto social altamente dependente de contribuições e fundos sociais específicos; d-) o formato autoritário das instâncias menores de decisão, dificultando o controle e participação sociais; e-) o alto grau de privatização na oferta de serviços sociais introduzindo interesses particulares na definição das políticas; f-) a falta de foco no público prioritário ou mais necessitados; g-) o alto teor corporativo das demandas canalizadas para as instâncias decisórias; e h-) o uso clientelístico dos recursos e da distribuição dos benefícios.

A proposta de Sônia Draibe se aproxima da discussão levantada por Wanderley Guilherme dos Santos, a respeito da implantação de políticas sociais mais amplas no Brasil. Santos aponta a Revolução de 30 como o marco de uma nova etapa da política social brasileira, na qual a nova elite revolucionária vai definir uma concepção de *cidadania*, apresentada pelo autor como cidadania regulada:

“Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações *reconhecidas e definidas em lei*.” (Santos, 1994:68)

Portanto, a *cidadania regulada* significa um status definido e reconhecido legalmente pelo Estado que, assim, em oposição ao *laissez-faire* predominante na “República Velha” de estrutura agrária, assumia para si a tarefa de construção de um “Estado Novo”, industrial e moderno, controlando inclusive a organização e a reprodução da sua força de trabalho. É esse sistema, segundo Santos, “que condiciona a estrutura do conflito social” durante a ordem democrática limitada, desde 1946 até o movimento militar de 1964. Mas foi no período autoritário anterior que se deu a sua gestação, como parte da estratégia de regulação do conflito sob o controle da elite.

A crescente ameaça de perda de controle do poder político por parte da elite brasileira provocou o rompimento da ordem democrática em 1964 – ordem esta que havia se tornado incompatível, segundo Santos, com a cidadania regulada. O novo período autoritário possibilitou a reformulação das instituições do sistema construído no período autoritário anterior, assim como a reformulação também, a partir das mudanças das políticas estatais referentes à previdência, do próprio conceito e da prática da *cidadania*. Se este novo conceito de *cidadania*, de fato, significou um considerável “progresso” sobre a ordem predominante antes de 1930, agora tratava-se de adapta-lo às novas condições exigidas “para um desenvolvimento mais balanceado e justo da economia de mercado”(Santos : 76)

Mas esse segundo momento – o regime militar – caracterizou-se “pelo recesso da cidadania política”, isto é, pelo não-reconhecimento do direito ou da capacidade da sociedade governar-se a si própria. (:89)

Dentre as medidas de reformulação implementadas pelo regime militar, destacou-se a reestruturação do antigo sistema previdenciário urbano, transformando-o de um sistema de caráter estratificado em um sistema de cobertura universal, e a extensão da previdência aos trabalhadores rurais – com a saudável diferença da adoção do auto-financiamento como critério de sustentação do novo sistema.

A característica comum desses dois momentos de formulação de políticas sociais e, portanto, de expansão da cidadania no Brasil, é o fato de ambos terem ocorrido em períodos autoritários. Segundo destaca Santos (1994:89), “a experiência brasileira se aproximaria da estratégia bismarckiana de tentar obter a aquiescência política do operariado industrial em troca do reconhecimento de alguns de seus direitos civis”. De qualquer forma, devemos também destacar a posição desse autor em relação aos claros limites do sistema de proteção social no Brasil nos dois momentos citados:

“As áreas básicas de bem-estar coletivo – a saúde pública, educação saneamento, habitação, nutrição – continuaram no mais baixo ponto da agenda governamental, ou atendidas por programas cujo sucesso é discutível” (Santos, 1994:79).

Podemos tentar explicar a emergência e o desenvolvimento do Sistema de Proteção Social no Brasil como *resultado de configurações históricas particulares de estruturas*

estatais e instituições políticas. Nesse sentido, o “*welfare state*” brasileiro poderia ser melhor entendido a partir do debate dos princípios analíticos defendidos pela “escola neo-institucionalista”, segundo a classificação das distintas abordagens efetuada por Marta Arretche (1995).

Segundo Arretche (1995:29), partindo da tradição weberiana que pressupõe a autonomia do Estado em relação à sociedade civil, os neo-institucionalistas assumem como principal variável de análise a “natureza, capacidades e estrutura das instituições do Estado”.

Assim, destacam (1) os interesses e o papel exercido pelas burocracias públicas na formulação das políticas sociais e (2) a influência das estruturas institucionais do Estado sobre os interesses e a ação dos grupos da sociedade civil. Portanto,

“... a formação histórica de um determinado tipo de Estado (burocrático e centralizado) e de uma determinada estrutura partidária (com partidos de tipo programático) é que explicariam as condições de existência de tal ‘matriz de poder’ ” (Arretche, 1995:30).

Uma pré-condição para emergência de sistemas de proteção social seria dada pelo grau de “insulamento” da burocracia estatal. Este corresponderia “à capacidade das burocracias de formular e implementar políticas públicas de forma mais ou menos autônoma das pressões societais” (idem:31)

Outro elemento imprescindível para análise neo-institucionalista é a compreensão do processo de formação de cada Estado específico, em especial a ocorrência ou não da “consolidação de estruturas burocráticas previamente à plena liberalização e democratização dos sistemas políticos nacionais” (idem: 31) Assim, cumpre observar na formação do Estado a seqüência histórica existente entre (a) a liberalização do voto e (b) a consolidação das estruturas burocráticas. As sociedades que seguiram essa seqüência tenderiam a apresentar uma forte consolidação dos partidos políticos diante do eleitorado, tornando a burocracia prisioneira de formas de patronagem política. As sociedades que seguiram no sentido contrário – de (b) para (a) – tenderiam a fornecer à burocracia “maior capacidade de resistência às pressões pela prestação de serviços sociais de tipo ‘clientelístico’”. Este seria o caso dos países europeus, onde as burocracias públicas haviam sido consolidadas pelas monarquias constitucionais antes do advento do sufrágio universal.

O exemplo europeu parece contradizer a afirmação dita anteriormente a respeito da adequação dessa abordagem para explicar a emergência e a consolidação do Sistema de Proteção Social no Brasil. Afinal, os padrões de clientelismo existentes na sociedade brasileira têm sido permanentemente apontados como um forte fator impeditivo das reformas no Brasil quando colocadas na ordem do dia pela agenda política, em determinadas conjunturas históricas. Talvez possamos dizer que esta é uma das marcas que apontam para a significativa especificidade do “*welfare state*” brasileiro. Uma característica do processo de formação do Estado nacional no Brasil, particularmente marcante no período da Primeira República, é a presença de uma “elite ideologicamente fechada e uma estrutura de recursos que se diferenciava pouco e, muito lentamente, em relação à capacidade criada de demandas e reivindicações” (Santos, 1994:67). Essa ‘rigidez ideológica’, que garantia a estabilidade do mercado através da repressão, acabou por tornar inevitável uma mudança na composição de parte da elite, com o fim de “que se alterassem as normas que presidiam o processo de acumulação e as relações sociais que ai se davam”.

Daí a necessidade de intervenção dessa nova elite governamental, que tomou partido da via autoritária para apressar as reformas que eram então entendidas como imprescindíveis – e que gerou o contexto de extensão regulada da cidadania.

A opção pela via autoritária de novo, em 1964, foi imaginada pelas elites para a reestruturação da economia e, por conseguinte, das políticas sociais no Brasil. Santos descreve as políticas que modificaram o perfil do Estado em relação à “consolidação” e “expansão” de um sistema de “*welfare*” – acompanhando a periodização feita por Draibe -, com destaque para a implantação do FUNRURAL, que estendeu a “cidadania regulada”, de uma forma diferenciada, para o meio rural. Maior importância ainda revê a implementação da Lei Orgânica da Previdência Social, já aprovada pelo Congresso desde 1960, que objetivava a universalização da prestação dos serviços (Santos, 1994: 76-89).

Nesses dois momentos da história nacional, as políticas de bem-estar foram levadas a cabo por setores da burocracia estatal. Na década de 30, pela formação de uma elite burocrática que, a partir do Ministério do Trabalho, desenhou e implantou a “cidadania regulada”. Nos anos 1960, a elite tecnocrática, reconhecendo o esgotamento do modelo de previdência estratificado dos anos 30, levou adiante os projetos de reforma a partir da emergência do regime militar, que eliminou os entraves colocados pelo Congresso e pela elite sindical.

Entendo que a descrição acima poderia servir como um “estudo de caso” da formação de um “Estado de Bem-estar” consoante como os moldes neo-institucionalistas. Assim, as especificidades do processo histórico brasileiro poderiam ser discutidas a partir dos três elementos de análise esboçados : (Arretche, 1995: 33-5) :

1. A formação do Estado nacional : podemos dizer que as duas experiências autoritárias brasileiras foram fundamentais para explicar a formulação e a implementação de políticas sociais por parte da burocracia do Estado. O modelo da *cidadania regulada* apresentado por Santos deixa claro o papel do Estado no condicionamento do caráter das instituições políticas.

2. O contexto institucional : segundo os autores da corrente neo-institucionalista, os contextos institucionais são mutáveis e “podem alavancar ou barrar as possibilidades de ação política dos grupos politicamente organizados” (Arretche: 34) No caso brasileiro, em razão das limitações apresentadas pelas elites durante o período de *laissez-faire* e, depois, dos vícios institucionais gerados pelo modelo da *cidadania regulada*, os dois períodos históricos de ordem autoritária podem ser entendidos como o contexto institucional necessário para que a burocracia do Estado e outros atores políticos interessados nas reformas alcançassem os seus objetivos.

3. Os processos de *policy feedback* : trata-se da interação entre nações e contextos estruturais, procurando situar a explicação para a execução das políticas no tempo e no espaço. (Arretche: 35); ou de perceber que “assim como a política (*potitics*) cria as políticas (*policies*), as políticas também recriam a política” (Arretche: 34). Seguindo a análise de Santos, percebe-se como as práticas políticas da Primeira Republica influenciaram o debate político e a ruptura e a formação de coalizões entre as elites, que culminaram na Revolução de 1930. Da mesma forma, os processos de *policy feedback* estão presentes quando se observa o quanto as políticas sociais definidas nos anos 30 afetaram a ação política subsequente, resultando no movimento militar de 1964. Assim, ressaltando esse elemento do

método proposto pelos neo-institucionalistas, o estudo da emergência e desenvolvimento do “Estado de Bem-estar” no Brasil deve ser apoiado em variáveis de natureza histórica, sendo mister a reconstituição das circunstâncias particulares, conformadoras de uma configuração específica de estruturas estatais e de instituições políticas (Arretche: 34-5).

Retomando a análise de Draibe sobre a constituição de “*welfare state*” no Brasil, que teria ocorrido num período de cerca de 50 anos, deve se destacar que a sua definição enquanto tal esta relacionada ao fato do “núcleo das ações” do Estado pertencer às áreas clássicas relacionadas à proteção social, como a previdência e a assistência social, a educação, a saúde e a habitação popular. Seguindo a linha da análise neo-institucionalista, Draibe (1994:295) observa que o padrão brasileiro de *welfare state* não pôde fugir de determinados problemas, derivados principalmente da forma de inserção das populações mais pobres nos programas de proteção social:

“(...) Em primeiro lugar, a rapidez da incorporação da população a tais serviços. Praticamente estiveram concentrados em uma década – da metade dos anos 70 a meados dos anos 80 – a ampliação do acesso e a expansão da cobertura dos principais programas de educação, saúde e alimentação, com claras perdas de qualidade. Em segundo lugar, dado o tamanho da população e sua estrutura etária, os programas sociais básicos afetam clientelas enormes, constituindo-se portanto em programas de massa, mesmo quando teoricamente focalizados sobre públicos-alvo específicos. Para dar somente um exemplo, lembro que o programa de merenda escolar, concebido como universal e dirigido as estudantes de primeiro grau, afeta uma clientela de 30 milhões de pessoas às quais se pretendem distribuir gratuitamente, durante 180 dias ao ano, uma refeição adequada em termos calóricos e protéicos. Ora, 30 milhões de pessoas é quase a população da Argentina e de todo o Caribe!”

Esse raciocínio fundamenta a aparente contradição contida na análise de Draibe, em que a consolidação de um padrão de Estado de Bem-estar social universal, coincide com o agravamento da desigualdade social no período indicado. Segundo dados reunidos pela autora, a distribuição de renda no Brasil, entre 1960 e 1983, apontou para um percentual que diminuiu, respectivamente, de 15,8 para 9,9%, entre os 40% mais pobres. Ao mesmo tempo, aumentou a concentração na faixa dos 10% mais ricos, que saltou no período assinalado de 34,6 para 46.2% (Idem: 300).

Na busca de explicações para essa contradição do padrão brasileiro de *welfare*, vale destacar que a principal causa, ainda segundo Draibe, foi decorrente da permanente subordinação, durante o regime militar, da política social à política econômica. Essa subordinação apareceu sob três dimensões inter-relacionadas: em primeiro lugar, em razão do programa de estabilização ortodoxa e de ajuste fiscal implementado pela equipe econômica, no qual todos os gastos sociais sofreram significativos cortes, apresentando índices de gastos em relação ao PIB abaixo daqueles correspondentes aos anos 50 e início dos 60. Em segundo lugar, através da forma de financiamento das políticas sociais via constituição de fundos sociais, um mecanismo compulsório de formação de poupança interna que objetivava principalmente a dinamização da economia como um todo e não somente dos programas sociais (ver quadro a seguir). Por fim, em terceiro lugar, pelo fato desses mesmos mecanismos e financiamento tomarem como base tributária os salários dos

próprios trabalhadores, determinando uma *distribuição primária de renda* (Draibe, 1994:300-302).

QUADRO 2.1
RESUMO DAS POLITICAS SOCIAIS NO PERIODO MILITAR (1964-85)

Governo/Área	Saúde	Previdência	Assistência	Alimentação	Fundos Sociais
Castelo Branco (1964-68)		INPS (67)	Funabem (64)		FPAS (60/70/77) FNDE (64) FGTS (66)
Costa e Silva (1968-70)			LBA e Funabem integram-se ao Sistema previdenciário (69)		
Médici (1970-74)	Ceme (71)	Prorural (71) Funrural (71) Empregados domésticos Autônomos (72/73)		Inan (72) I Pronan (73)	PIS/Pasep (70)
Geisel (1974-79)	PPA (74) Programa de assistência farmacêutica (75) Plano nacional de saúde (75) Piass (76) INAMPS (77)	Ministério da Previdência e Assistência Social (74) Renda mensal Vitalícia (74) Sinpas (77)	Programa de assistência aos idosos (74) Programa de assistência básica à família (77) Programa de assistência aos excepcionais (78)	Programa de nutrição e saúde (76) II Pronan (76) PAT PNA Procab Proab PCA PNS / PSA	FAS (74)
Figueiredo (1979-85)	Prev Saúde (80) AIS (82-84) Conasp (84)		Programa nacional de creches (79)	Programa de ações de saúde (79) Programa nacional de aleitamento materno (81)	Finsocial (82)

Fonte: Neep, 1985 *apud* Draibe, 1994: 280.

Obs. Do quadro original, foram excluídas as políticas sociais referentes à educação e à habitação.

A redemocratização política ocorrida no Brasil na década de 1980 não alterou substancialmente o quadro acima descrito, principalmente em decorrência do aprofundamento da crise econômica, que se agravou a partir de 1983. A recessão que se abateu sobre a economia brasileira, segundo Sonia Draibe (1995:208), expôs de maneira categórica “o déficit social acumulado e ampliou as demandas sociais”. A medida de cunho social menos tímida, tomada pelo governo Figueiredo ainda em 1982, tinha sido a criação

do Finsocial – Fundo para o Investimento Social que, “nos seus momentos melhores, significou um volume de recursos em torno de 1% do PIB” (Draibe, 1995:209). Apesar disso, seus resultados foram modestos, já que em áreas prioritárias como saúde e educação, a arrecadação do Finsocial foi utilizada para substituir recursos fiscais que estavam anteriormente previstos.

As políticas sociais no início da Nova República (1985-89) e a Constituição de 1988

O governo Sarney, empossado em 1985, numa conjuntura de transição política marcada pela crise econômica e impulsionada pela mobilização de amplos setores da sociedade civil organizada (cuja principal manifestação foi o movimento das Diretas Já!), não poderia deixar de ser afetado pelo clima de insatisfação geral e pelo anseio de mudanças. Por isso, a “agenda de reformas da transição” tinha como pauta prioritária o *tratamento emergencial da pobreza e do desemprego*, que foi um dos fortes componentes que embasaram o Plano Cruzado e o objetivo principal dos dois Planos de Prioridades Sociais lançados pelo governo, em 1985 e em 1986. Os Planos de Prioridades efetivamente gastaram recursos da ordem de 1% do PIB (Draibe, 1995: 210) e o principal programa implementado previa a distribuição diária de 1 litro de leite para menores de sete anos, pertencentes a famílias de renda de até dois salários mínimos. Na avaliação de Draibe, a falta de apoio político pôs fim aos Planos de Prioridades, que não conseguiram apresentar resultados de uma forma “integrada” e foram sendo reduzidos gradativamente, “acompanhando assim o movimento de estagnação e deterioração dos serviços públicos” (idem).

A substituição do Plano Cruzado pelo Plano Verão colocou a política econômica no centro das políticas do governo Sarney, reduzindo a importância das políticas sociais e os recursos financeiros para os programas – apesar da bandeira do “tudo pelo social”, desfraldada então pelo governo.

A grande novidade da década, porém, foram os inegáveis avanços jurídico-institucionais promovidos pelo texto da Constituição Federal de 1988, no que se refere à organização da proteção social de uma forma mais universalista e igualitária (cf. Draibe, 1995:211) Segundo Draibe, essas inovações, “vistas em conjunto, (...) sugerem um adensamento do caráter redistributivista das políticas sociais, assim como de uma maior responsabilidade pública na sua regulação, produção e operação” (1995:211).

Entre as políticas sociais que emergiram da Carta de 1988, deve-se destacar: a ampliação e extensão dos direitos sociais; uma nova concepção, mais abrangente, de seguridade social; a universalização do acesso e a expansão da cobertura dos serviços de assistência à saúde e previdência; e a ampliação dos direitos trabalhistas. (Idem: 212).

Nesse sentido, segundo Giovanni & Proni (2006), o sistema de proteção social que se pretendeu constituir a partir de 1988 tinha o propósito de superar o legado do período autoritário e incorporar novos princípios básicos mencionados por Draibe, como a descentralização das ações, a universalidade na oferta pública dos serviços, a integração das políticas, a transparência e a maior participação social na gestão dos programas sociais, assim como garantir uma assistência emergencial aos segmentos afetados pelo desemprego e pela pobreza absoluta. A presença do Estado garantiria o “núcleo duro” da proteção social.

Essas medidas reformistas, no entanto, se regulamentadas, se confrontariam com indicadores sociais que denunciavam o aumento da concentração de renda e dos níveis de pobreza da população na década de 1980, “invertendo pela primeira vez desde os anos 50 a tendência histórica de sua diminuição” (Draibe,1995). Assim, entre 1981 e 1989, os 10% mais ricos da população brasileira ampliam a sua participação no total da renda de 46,6% para 53,2%, respectivamente. Já os 10% mais pobres, no sentido inverso, diminuem a sua participação de 0,9% para 0,6% da renda nacional. Um outro indicativo importante diz respeito ao aumento do número de pessoas pobres que, em 1983, decresceu para a mesma proporção de 1960, ou seja, 41,9% da população. No final da década, com a implementação dos programas sociais durante o governo Sarney, o número de pobres tem uma pequena redução, passando para o percentual de 39,3% (cf. Lopes, 1992 *apud* Draibe, 1995:214).

De uma forma paradoxal em relação aos números apontados acima – que contribuíram para cunhar os anos 1980 como sendo uma “década perdida” -, alguns analistas de políticas sociais chamam a atenção para o aumento considerável dos “estoques e fluxos de bens e serviços sociais disponíveis aos segmentos carentes da população” (Draibe, 1995:217), decorrentes da “diminuição da pressão demográfica” mas também, sobretudo, da “forte mobilização política (...), associada aos avanços na organização popular e reiteração de eleições democráticas e livres...” (Draibe, 1995:217). Draibe complementa esse raciocínio registrando que, para além das conquistas derivadas da mobilização e do aumento da participação da população, as melhoras relativas nos indicadores sociais, no final dos anos 80, devem ser atribuídas “à manutenção do funcionamento das redes sociais públicas de saúde, educação básica e programas de alimentação e nutrição” que assistiam aos mais pobres (:218). Redes públicas de serviços que entrariam logo em processo de sucateamento, provocado pela desativação dos programas assistenciais que resistiam desde a década de 1970. Assim, em 1993 restaria como “sobrevivente” dos tais programas de assistência apenas aquele destinado à merenda escolar.

A década de 1990 se inicia em condições também adversas para a implementação das políticas sociais, Os dispositivos reformistas instituídos pela Constituição de 1988 na área social se viabilizaram através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), da reestruturação das fontes de financiamento da Seguridade Social e da recomposição dos valores dos benefícios pagos pela Previdência. As condições de implementação dessas mudanças serão discutidas mais adiante.

Por enquanto, registre-se que o processo de redemocratização da década de 80, em meio ao agravamento da crise econômica e financeira internacional encontra um “Estado de Bem-estar social” praticamente falido, estrangulado nas suas bases de financiamento. Este fato, aliado ao arraigado clientelismo e ao acentuado crescimento das práticas políticas populistas durante a década, vem reforçar as características *predatórias* do modelo de capitalismo implantado no Brasil durante o regime militar. A implementação das reformas econômicas neoliberais durante os anos 90 acentuará ainda mais esse caráter predatório, marcado pelo aumento da concentração de renda e das desigualdades sociais.

CAPITULO 2 – EMERGÊNCIA E DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

OS CAMINHOS DA SAÚDE PÚBLICA: DA ERA VARGAS AO REGIME MILITAR

A prática médica, na sua origem, foi definida como uma profissão de caráter liberal por excelência. O desenvolvimento dessa profissão como uma prática empresarial esta relacionada ao processo de desenvolvimento do capitalismo industrial no Brasil e às demandas advindas da urbanização e da constituição das grandes cidades. Assim, as primeiras políticas médico-assistencialistas surgem como respostas do Estado à chamada questão social que, historicamente ignorada pelas nossas oligarquias, vem à tona de maneira fulminante nas décadas de 1910 e 1920. Dessa época é que temos a lei que obriga as empresas a instituir os seguros de acidentes de trabalho para os seus empregados (Decreto 3.724 de 1919), os grandes programas de saneamento e de controle de endemias no campo da Saúde Pública (Reforma Carlos Chagas, de 1923), assim como a constituição de um pioneiro “seguro social”, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs (Lei Eloy Chaves, de 1923).

É importante frisar que, no conjunto dos países capitalistas, pelo menos até os anos 1930, havia uma participação modesta do Estado nas políticas voltadas para a saúde pública. As políticas então existentes eram voltadas para ações de saneamento básico e de combate a endemias (Médici, 1995:104). No Brasil, as primeiras ações sanitárias organizadas ocorreram no final do século XIX, ainda durante o Império, com o objetivo de combater a febre amarela, causadora de grande mortalidade entre os imigrantes estrangeiros que serviam de mão-de-obra para a cafeicultura.

Com a Proclamação da República, foi implantado um modelo denominado *campanhista/policial*, onde o federalismo permitiu “a criação de máquinas administrativas estaduais e a formulação de uma incipiente política de saúde” (Telarolli Jr, 1996:9). Já políticas de saneamento básico de alcance nacional somente viriam a ocorrer a partir da Revolução de 30.

Somente após o final da Segunda Guerra Mundial, na Europa, como parte da construção do Estado de Bem-estar Social, os serviços de saúde passaram a fazer parte de uma política social de caráter universal.

Foi através dessas instituições que o Estado brasileiro, em seu modelo intervencionista pós-Revolução de 30, pela primeira vez passou a regulamentar e uniformizar a prática da assistência médica. A prestação de serviços hospitalares aos associados das CAPs era prevista no seu Regulamento, aprovado pelo Decreto n.22.016, de 26/10/32 (Cordeiro, 1984:25). A assistência médica, portanto, encontrava-se inserida no desenho incipiente de um modelo de Previdência Social.

Durante o Estado Novo, com a constituição dos Institutos de Aposentadorias e Pensões-IAPs, esse modelo ganha maior definição e acaba por apontar para um papel de seguro como contribuição suplementar, suprimindo o caráter obrigatório de prestação de serviços médicos como direito do segurado, conforme previa a Lei Eloy Chaves. Impõe-se pela via autoritária e centralizada um modelo contratual, de previsibilidade atuarial, no qual a extensão dos benefícios estaria relacionada à capacidade financeira do indivíduo. Este modelo não encara a prestação de serviços de assistência médica como um “direito

universal”, e opera através de segmentos profissionais construindo uma “cidadania regulada” (Santos, 1994), através da qual os trabalhadores vinculados formalmente ao mercado de trabalho passariam a fazer jus a um rol de direitos a que os demais não teriam acesso.

O período do pós-guerra (1945-1964) foi acompanhado pela crescente luta das frações mais organizadas da classe trabalhadora e a sua conseqüente inserção nas discussões a respeito da Previdência Social em defesa da extensão dos benefícios sociais, opondo o conceito de “seguridade social” à idéia restrita subjacente à definição de “seguro solcia” (Teixeira, 1995).

A questão da unificação do sistema de Previdência, como alternativa ao sistema segmentado proveniente do Estado Novo, se impôs como um tema de grande importância na pauta das reformas da República Populista. Essa unificação finalmente se dá com a aprovação pelo Congresso Nacional em 1960 da Lei Orgânica da Previdência Social. O governo João Goulart ainda procurou encaminhar ao Congresso a proposta de criação de “um fundo de assistência para os trabalhadores rurais”, em 1963. Esse projeto correspondia ao objetivo de universalização da cobertura previdenciária. Contudo a agenda de mudanças no setor de previdência somente vai ser promovida pelo regime militar. A sua não-implementação no período anterior deve ser creditada à conjuntura de instabilidade política, aliada a denúncias de insolvência financeira do sistema.

A criação do INPS – Instituto Nacional da Previdência Social, em 1966, em substituição aos antigos IAPs setoriais, representou a extensão dos benefícios da assistência médica aos trabalhadores formalmente empregados, vinculados pela CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social. Tratava-se ainda de uma herança da era Vargas, de extensão da “cidadania regulada” pela via autoritária. Essa ampliação da cobertura viria logo depois trazer para o escopo da previdência os trabalhadores rurais (através de FUNRURAL, em 1971), as empregadas domésticas (1972) e os autônomos (1973).

O regime autoritário, portanto, encaminhava a reivindicação sindical no sentido da universalização da cobertura de atendimento médico por parte do Estado. Mas o fazia de uma forma extremamente centralizada, controlando rigidamente as políticas e os recursos, ao mesmo tempo que criava as condições institucionais para a emergência e o desenvolvimento de um sistema de saúde privado, como será discutido adiante. É dessa forma que adquire grande importância o Plano de Pronta Ação – PPA, de 1974. Ao articular, através da sistemática de convênios com a rede privada, todos os serviços de assistência médica existentes, o PPA correspondeu à “iniciativa mais expressiva de universalização da cobertura para a clientela não-segurada” (Costa, 1996:483), e também o financiamento do sistema privado pelos cofres públicos (Cordeiro, 1984).

Esta “opção privatista” consolidou-se com a criação, em 1975, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAZ, que chegou a destinar ao setor privado, em 1977, 80% do valor dos financiamentos aprovados para a área da saúde (Faveret Filho & Oliveira, 1990:267). No início dos anos 80, podia-se observar a estagnação da rede hospitalar pública, em detrimento da rede privada: a oferta de leitos e serviços nos hospitais privados passou a corresponder a 86% das admissões, contra 14% da rede pública. Cerca de 60% dos gastos do INAMPS (que em 1978 substituíra ao INPS), em 1981, foram direcionados para pagamento de hospitais e laboratórios privados. Tratava-se, portanto, de uma opção pela privatização da provisão de serviços com financiamento público (Abranches, 1985: 73-74).

Na segunda metade da década de 1970, consoante a rearticulação de setores organizados da sociedade civil contra o regime autoritário, entra em cena um dos atores

fundamentais no processo de universalização do acesso à assistência médica, pela via pública. Tratava-se do movimento sanitarista, encabeçado por um grupo de médicos sanitaristas reformistas, vinculados aos partidos de oposição ao regime militar, o Movimento Democrático Brasileiro – MDB e ao na época ilegal Partido Comunista Brasileiro – PCB. O movimento sanitarista tinha como base de atuação os institutos de pesquisa universitários, em especial a Fundação Oswaldo Cruz, e a revista Saúde em Debate, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, fundado em 1976, com núcleos nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Recife e Salvador. O movimento pretendia “redefinir o padrão de relacionamento entre o setor privado (...) e as agências governamentais na área de saúde”. Para isso, tinha como uma das duas estratégias a luta pela desvinculação da área de saúde do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, com a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde. Assim, esta – uma agência pública sem peso político – seria fortalecida institucionalmente, em detrimento da tecnocracia que ocupava o INAMPS, percebida como defensora dos interesses privatistas. Esse movimento de reforma, no sentido de universalização pública da cobertura de saúde, ocorria simultaneamente a propostas formuladas por entidades como a Organização Mundial de Saúde – OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, que estavam direcionando seus esforços para o objetivo de pressionar todos os governos do hemisfério sul para a devida “atenção primária à saúde”. Este era exatamente o título da Conferência promovida pela OMS em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, da qual resultou a declaração de princípios assinada por ministros da Saúde de diversos países.

Apesar da emergência dos novos atores políticos que coordenavam a mobilização da sociedade em prol da universalização da cobertura e da qualidade da saúde pública no Brasil, os últimos anos do regime militar assistiram a uma deterioração no volume de recursos para a saúde pública (Abranches, 1985: 72). Um dos exemplos refere-se à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM, que, entre 1978 e 1982, sofreu profundos cortes em seus programas, como o de combate à malária (da ordem de 60%) e o controle da esquistossomose (queda de 80%). Segundo dados do Banco Mundial, em 1982 o governo brasileiro apresentou gastos que representavam 41% do total das despesas de 1978 (Abranches, 1985:72).

A NOVA REPUBLICA E A LUTA PELA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA (1985-1994)

O confronto de modelos na reforma do sistema de saúde

Um documento do Banco Mundial, datado de 1987, apontava para quatro políticas básicas visando a reforma dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, tendo como meta principal a política de ajuste econômico recomendada a países da América Latina pelo FMI. Eram elas: a cobrança aos usuários dos serviços oferecidos pelo governo; o estímulo à utilização de planos privados de cobertura de riscos (a seguridade social ficaria

exclusivamente para os pobres e os planos privados de pré-pagamento para os demais); a utilização mais eficiente de recursos governamentais (fim da corrupção, do desperdício, da má gestão dos recursos); e a descentralização dos serviços (Possas, 1995:57).

Dentre as políticas citadas pelo Banco Mundial, a *descentralização* ganhou acentuado destaque, em virtude da convergência de interesses e orientações entre o tripé formado pelas instituições estrangeiras, os órgãos governamentais e o movimento sanitarista.

Médici aponta as razões que justificariam a opção dos programas de saúde pelas políticas de descentralização:

(1) a possibilidade de redução dos gastos com saúde, que haviam crescido de forma acentuada no *Welfare State*, com a progressiva ampliação dos beneficiários;

(2) a tentativa dos Executivos centrais em deixar de se responsabilizar, numa conjuntura de crise econômica, pelos cortes ou aumentos dos gastos com saúde, buscando maior legitimidade para as decisões de governo relativas ao ajuste fiscal dos países;

(3) os anseios dos movimentos sociais e poderes locais em responder pelas necessidades específicas das políticas de saúde de cada região;

(4) a busca por “novos arranjos gerenciais” dos sistemas de saúde, diminuindo o poder e o corporativismo dos sindicatos mais organizados;

(5) a possibilidade de flexibilização da “relação entre níveis de hierarquia dos serviços, consumo de tecnologia médica, gestão da saúde e prestadores públicos e privados”, adequando o modelo às necessidades e condições de cada local (Médici, 1995: 105-106).

No Brasil, as políticas orientadas para a descentralização na área da saúde significaram a implementação de uma ampla reforma sanitária, atravessando três fases distintas: em 1983, no governo Figueiredo, as Ações Integradas de Saúde – AIS; em 1987, durante o governo Sarney, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS; e, finalmente, após a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS (Lewis & Médici, 1998).

A primeira iniciativa no sentido da descentralização da saúde pública aconteceu no final do regime militar (governo Figueiredo), em um contexto marcado pela recessão da economia, a partir de 1982. Assim, a implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1983, significou o aumento da eficiência nas ações de saúde, visando a contenção dos custos da assistência médica sob a responsabilidade da previdência oficial. Para este fim, procurou integrar os distintos níveis institucionais da saúde pública, criando instâncias colegiadas que privilegiavam estados e municípios na programação e execução do orçamento da saúde. O governo procurou também legitimar as AIS, permitindo a participação de entidades representativas da sociedade civil nessas instâncias descentralizadoras (Médici, 1998)

O passo seguinte para a descentralização remonta à Nova República. Durante o período de funcionamento do Congresso Constituinte, o ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães, criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987). Por seu intermédio, “os recursos financeiros da área de saúde seriam transferidos aos estados e municípios de forma mais ou menos automática, uma vez atendidos certos requisitos, como a existência de planos municipais de saúde e de conselhos municipais ou estaduais de saúde” (Melo, 1993:133). Essa segunda etapa da descentralização foi marcada pelo fechamento dos

escritórios regionais do INAMPS, com a transferência das suas atribuições para as Secretarias Estaduais de Saúde. (Médici, 1998).

A descentralização de recursos promovida pelo SUDS encontrou contudo uma forte oposição, que reuniu os grupos médico-empresariais, a burocracia central do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS e a base parlamentar do Partido da Frente Liberal – PFL. Além do Congresso, esses setores tinham grande poder de influência junto ao presidente da República. Os grupos médico-empresariais sentiram-se prejudicados em função das possibilidades de redução do volume de recursos financeiros para a saúde a serem repassados pelo Estado; a burocracia do INAMPS temia a perda de poder político decisório, já que o órgão assumiria apenas as funções de controle e cofinanciamento do sistema, além da perda dos seus escritórios regionais. O PFL, por fim, agregou-se aos descontentes em razão da sua derrota para o PMDB nas eleições de 1986 e da percepção do SUDS como parte da estratégia de fortalecimento político da sua ala mais progressista, ameaçando atacar parte da base eleitoral pefelista vinculada a mecanismos de patronagem relacionados com a transferência de verbas federais para a área da saúde (Melo, 1993: 134-135)

Além desse conflito de interesses dentro da base de sustentação partidária da Nova República – a Aliança Democrática, formada pelo PMDB e pelo PFL -, vivia-se um contexto de isolamento político do presidente Sarney, em decorrência da nova situação de impopularidade, causada pela inviabilidade de sustentação do Plano Cruzado após as eleições de 1986. A associação desses fatos acabou por resultar numa ampla reforma ministerial, com a demissão do presidente do INAMPS e do ministro da Previdência Social.

A correlação de forças dada por essa nova conjuntura implicou, assim, a inviabilização do SUDS:

“A trajetória subsequente do SUDS reflete a falta de compromisso e mesmo o boicote dos novos dirigentes à sua implementação. A mais significativa iniciativa da Nova República na área social resultou em paralisia decisória e fragmentação institucional” (Melo: 135)

É interessante observar o veto ao SUDS, uma vez que a descentralização já fora apontada como meta do Executivo, que assim incorporava muitas das reivindicações do movimento sanitário, sistematizadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto Presidencial n. 91.466 e realizada em Brasília, de 17 a 21 de março de 1986. Ali o SUDS fora amplamente criticado por setores da área de saúde mais à esquerda, que o entenderam como uma forma de sobrevivência política do Ministério da Previdência e Assistência Social numa conjuntura de mudanças que incluía a convocação de uma Assembleia Constituinte. Esse era o entendimento do médico sanitário e deputado federal Sergio Arouca (PCB-RJ):

“(...) o SUDS foi um projeto de começar a descentralizar, antes que a Constituinte previsse um projeto de reforma administrativa. Era uma forma de ainda sobreviverem no poder. Como eles sabiam que o modelo de previdência, tal como estava, não tinha saída, e que este caminharía para o Sistema Único, eles lutam por uma reforma por dentro, numa tentativa de modernização do INAMPS, já com a descentralização e a municipalização” (Pereira, 1996: 441).

Outros atores políticos, como o ex-ministro da saúde Carlos Santana, expuseram também suas críticas ao SUDS, visto como um “desvio do caminho do SUDS”, tendo sido marcado pela “estadualização” e não por uma efetiva municipalização dos recursos. Por

outro lado, diversos governos estaduais resistiram fortemente a assinar os convênios para a implantação do sistema. Uma das alegações mais fortes era gerada pela desconfiança dos secretários de Saúde de que os governos estaduais assumiriam encargos e depois não receberiam os devidos recursos que possibilitassem o atendimento. (Pereira, 1996: 440-442).

Todos esses fatores contribuíram para o fracasso do SUDS. Mas a promulgação de uma nova Constituição, em 1988, daria seqüência ao processo de descentralização iniciado pela AIS e pelo SUDS, transferindo a responsabilidade pública dos cuidados com a saúde para o âmbito dos municípios.

A Constituição de 1988 e a definição de uma nova política de saúde pública – o SUS

A Carta de 1988 estabelece o novo modelo da política de saúde no Brasil. Ao separar definitivamente as áreas de saúde e de previdência, a nova Constituição promove uma ruptura como o modelo criado durante a era Vargas, onde o Ministério da Saúde era o responsável pelo combate às epidemias e a assistência médica era uma atribuição das instituições previdenciárias, segmentadas por categorias profissionais. A reforma instituída pelo regime militar pôs fim à segmentação, mas não significou mudanças de fundo nesse modelo. A partir de 1988, no entanto, a Previdência Social perde as atribuições relativas ao atendimento médico-hospitalar, passando a se restringir à concessão e ao gerenciamento das aposentadorias, pensões e seguros de acidentes de trabalho.

A terceira fase das políticas orientadas para a descentralização foi definida nos artigos 196 a 200 da Constituição, que estabeleceram a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo Médici (1995: 124-125), o SUS apresenta três inovações relevantes na política de saúde:

1. A definição de um *comando único* para o sistema de saúde em cada esfera de governo, o que implicaria na futura transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde e a sua posterior extinção;
2. A *descentralização* como princípio organizador básico, cabendo aos estados e municípios.
3. A *co-responsabilidade* do financiamento dos recursos entre União, estados e municípios.

Há contudo quem negue a existência de mudanças no curso da política de saúde pública. De acordo com Nilson Rosário Costa, a nova Constituição

“pode ser considerada como uma síntese dos arranjos consolidados inercialmente ao longo das décadas de 1970/1980. As inovações conceituais e organizatórias que apareceram na Carta não expressavam nenhuma ruptura com quaisquer dos interesses que incidiram sobre a arena setorial nessas décadas” (Costa, 1996:496).

Uma definição importante da Constituição diz respeito ao *direito universal à saúde*, que inclui nas políticas voltadas para a saúde a assistência social e a previdência, compreendidas como políticas de seguridade social. Essa nova concepção de seguridade social baseia seu financiamento nos recursos provenientes da Previdência Social, do

Finsocial/Cofins e da Contribuição sobre o Lucro Líquido de Pessoas Jurídicas, entre outros impostos e taxas. (Medici, 1995).

O artigo 199 da Constituição define o SUS como um sistema organizado em “rede”, envolvendo participação social, segundo o princípio descentralizador e cooperativo. A legislação complementar (Lei n 8142, de 1990) prevê a implantação de um processo decisório amplo, com a instituição dos conselhos de saúde em cada esfera de governo, atuando de forma integrada. (Costa, 1996:497).

Por outro lado, a Lei n 8080, do mesmo ano, reconhece a necessidade de articulação entre os sistemas público e privado de saúde, ao estabelecer que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (art. 21). Vetando contudo “a participação direta ou indireta de empresas e capitais estrangeiros na assistência à saúde” (art. 23), o que criava uma reserva de mercado para o setor privado nacional (Costa, 1996:497).

A inclusão do SUS na Constituição Federal representou a vitória das teses aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Ela se deu a partir da aliança entre os partidos com um perfil progressista (PMDB, PSDB, PT, PCB E PCdoB) no Congresso, aos quais se uniram o movimento sindical e alguns movimentos populares (como, por exemplo, o Plenário Pró-Participação Popular na Constituinte). Esta aliança conseguiu fazer frente aos setores mais conservadores do PMDB, PTB, PDS e PFL que, organizados em torno do “Centrão”, defendiam os interesses do lobby organizado pelo setor privado de saúde. Segundo o depoimento do médico e deputado petista Eduardo Jorge, dois fatores teriam contribuído para a vitória inicial do movimento sanitário na Constituinte:

1. O fato deste movimento, ao contrário do setor privado, ter iniciado o processo constituinte com uma proposta já consolidada.;
2. A opção por parte dos setores conservadores em priorizar a discussão temática das questões relativas à ordem econômica, permitindo que um arco de alianças envolvendo o centro e a esquerda dominasse a composição das comissões e subcomissões da área social (Pereira, 1996:446-447)

O texto final da Constituição de 1988, permitiu a recomposição do setor privado em torno da manutenção dos seus interesses. Segundo Amélia Cohn, tal fato está relacionado às alterações promovidas em dois artigos do anteprojeto apresentado pela comissão : no artigo 230, onde a atribuição exclusiva do Estado nas ações de assistência à saúde é substituída pela possibilidade de ação da iniciativa privada, via contratos e convênios; no artigo 231, na inclusão apenas dos serviços públicos no Sistema Único de Saúde, “excluindo assim o perigo de se considerarem os serviços privados como concessionários” (Cohn, 1989 *apud* Pereira, 1996:451).

As dificuldades de implementação do SUS: a falência pública no período 1990-94

Os setores conservadores haviam diagnosticado a “falência programada” da saúde pública como consequência direta do texto final da Constituição de 1988, que estabelecia a universalização da cobertura da assistência médica, sem a necessária definição de fontes de financiamento (Pereira, 1996:450-451).

Em um contexto de crise econômica internacional com a necessidade de políticas de ajuste, a decisão política de universalização teria significado simplesmente a

“inviabilização” da previdência social e da assistência à saúde pelo Estado. Ao contrário do esperado aumento do volume de recursos destinados à saúde pública em decorrência da universalização prevista pelo SUS, o que veio a ocorrer de fato foi uma drástica redução dos gastos federais durante o governo Collor (1990-92). Segundo Médici, os recursos para a saúde despencaram nesse período, caindo de cerca de US\$ 11,3 bilhões para um total de US\$ 6,5 bilhões (Médici, 1995:132).

O quadro abaixo apresenta a variação do volume total de recursos pelo governo federal com a saúde no Brasil no período de 1989 a 1993:

TABELA 1
EVOLUÇÃO DO GASTO FEDERAL COM SAÚDE
 BRASIL, 1989-1993 (Base de cálculo : US\$ médios de 1992).

Anos	Gasto Federal (US\$ milhões)	Taxa de variação percentual anual	Gasto Federal per capita (US\$)
1989	11.320,3	----	80,37
1990	9451,6	-16,5	65,86
1991	7847,0	-16,9	53,67
1992	6571,2	-16,3	44,11
1993	8307,6	+26,4	54,73

Fonte: “Balanços Gerais da União e Conta Consolidada do Gasto Social”, IPEA/IPLAN *apud* Soares (1999:253).

Em 1993 e 1994, já durante o mandato de Itamar Franco, o quadro praticamente não se alterou, com gastos médios da ordem de US\$ 7,5 bilhões. Mas Médici ressalva que o patamar dos recursos em 1993, apesar de relativo aumento, deveu-se à não efetivação de repasses previstos na Lei Orçamentária daquele ano, “em consequência da elevação dos gastos com o cumprimento constitucional da revisão do sistema de benefícios da Previdência Social” (Médici, 1995:132) – o que corroboraria as idéias defendidas pelos setores conservadores, como destacamos acima.

Os “repasses” para a área da saúde em 1993, citados por Médici, seriam os “recursos equivalentes a 15,5 % da arrecadação da contribuição de empregados e empregadores” (Soares, 1999:253). O redirecionamento desses recursos para a Previdência, segundo Laura Soares, foi o resultado de uma “escolha política” do Executivo, através do ministro Antonio Britto: optou-se pela apresentação de uma situação de aparente estabilidade financeira na Previdência, “deixando que a opinião pública considerasse que a crise estava centrada na área de saúde” (1999:254).

Apesar do quadro descrito acima, Médici considera que houve uma compensação com relação ao engugamento dos recursos federais, pois ocorreu um forte aumento dos gastos com saúde por parte dos municípios, ao lado de um incremento dos gastos estaduais (Médici, 1995:132). Essa análise confronta com denúncias publicadas na imprensa de que, ao contrario dos princípios de *descentralização* e de *municipalização* previstos para o SUS, os gastos da União com a saúde pública em 1993 teriam sido da ordem de 72% do total de gastos públicos no setor (Silva, 1997:156). Essa informação é confirmada pelos dados do IPEA sistematizados por Soares, que demonstra que o gasto federal nesse ano foi de cerca de 74% do total do gasto público com saúde (Soares, 1999:257).

Os números registrados no início dos anos 90 seriam suficientes para a conformação de um quadro conjuntural para a área da saúde, durante os anos seguintes, que apresentaria como principais características, segundo Médici (1995:132-133):

1. A aceleração da desorganização e do sucateamento do sistema público;
2. A queda dos gastos com programas de alimentação e nutrição, vigilância sanitária e epidemiológica e da Fundação Nacional de Saúde;
3. O forte crescimento do setor privado complementar.

Em função desse quadro houve uma deterioração das condições de saúde, com o ressurgimento de endemias e o aumento da mortalidade infantil no Nordeste, região sem condições de utilizar recursos próprios para a área da saúde pública (Médici, 1995: 133).

Um outro lado do sucateamento da saúde pública no Brasil no período 1990-1994 diz respeito ao envolvimento da rede operacional do SUS nos grandes esquemas de corrupção engendrados a partir da posse de Fernando Collor, quando se instalou nos principais centros decisórios do Poder Executivo a chamada “Republica das Alagoas”. Um exemplo levantado pela imprensa em relação à área da saúde foi a denuncia de que, no período de janeiro a agosto de 1991, a alocação de verbas do Ministério da Saúde para os estados acusava um repasse *per capita* de US\$ 39,33 para o estado de Alagoas, enquanto São Paulo recebia US\$ 29,50. Outro fato demonstrativo da ação predatória na gestão do ministro da saúde Alcení Guerra diz respeito à Fundação Nacional de Saúde, que assinara contrato para compra de 23.500 bicicletas de uma pequena loja a US\$ 163 a unidade e adquiria 22.500 guarda-chuvas de uma empresa de materiais e equipamentos cirúrgicos (!) com um faturamento em torno de 50 %. (Silva, 1997:174;182;237-296).

A magnitude dessas fraudes – que não afetaram somente os recursos destinados à saúde pública – e as denúncias publicadas pela imprensa levaram ao processo de *impeachment* do presidente Collor pelo Congresso, em setembro de 1992, e à sua renúncia, em dezembro desse ano. É importante deixar claro que diversos tipos de fraudes sempre ocorreram e vêm ocorrendo regularmente no setor público, sendo eventualmente trazidas ao conhecimento da pontuação pela imprensa. O que se registra aqui é a dimensão assumida por essas irregularidades diante de uma situação que se configurava cada dia mais caótica na saúde pública nesse período.

A SAÚDE PÚBLICA DURANTE O GOVERNO DE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO (1995-2000)

A situação dramática vivida pela saúde pública ocupou lugar de destaque nas eleições presidenciais de 1994, vencidas por Fernando Henrique Cardoso. Apesar das promessas de campanha, porém, o novo governo efetuou nos anos subseqüentes à sua posse gastos decrescentes em programas voltados para essa área, como deixa claro o quadro abaixo, baseado em dados apurados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, uma fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento :

TABELA 2
Despesas Orçamentárias em Programas de Saúde
 Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1998)
 R\$ milhões (de dezembro de 1998)

1995	17.744
1996	15.859
1997	14.599
1998	14.038
1995/1998 (variação %)	-21%

Fonte : Boletim Finanças Públicas – dez/98 – CGFP/IPEA
apud Calmon (1999:26)

Os números apresentados acima fazem parte da evolução de despesas da União em programas de saúde, lançadas contabilmente no Orçamento Fiscal e Seguridade Social. Apesar dos gastos decrescentes com saúde serem da ordem de 21% no mesmo período o volume total de despesas em programas sociais da União tiveram um acréscimo de 16% (Calmon,1999:26).

Se, no mesmo período, agregarmos à rubrica “saúde” os valores relativos ao orçamento e ao gasto total da rubrica “saneamento”, teremos a seguinte Tabela :

TABELA 3
Despesas em Saúde e Saneamento
 Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1998)
 R\$ milhões

Ano	Orçamento	Gasto Total
1995	18.505	19.489
1996	16.552	17.148
1997	20.677	19.616
1998	19.056	16.761

Fontes :Lei 8.980/95; Lei 9.075/96; Lei 9.438/97 –
 AOFF-CD/CMO/PRODASEN/SOF/STN *apud* Rocha (1999:155)

Portanto, se ignorarmos as variações, ocorridas a cada ano, entre o orçamento e a despesa, o primeiro governo Fernando Henrique Cardoso, apesar do acréscimo de 2,7% do orçamento para saúde e assistência entre 1995 e 1998, apresenta um déficit de 13,8% no valor bruto dos gastos totais dessa rubrica no mesmo período.

Podemos entender que a questão dos gastos públicos com saúde deva ser avaliada levando-se em conta uma série de outras variáveis que não cabe aqui destacar, pois fugiria ao escopo desse trabalho. Porém, dos riscos inerentes a uma abordagem superficial, o que importa é a identificação da redução das despesas nessa rubrica por parte da União, no período assinalado. Essa constatação é reforçada por um relatório divulgado pela

OPAS/OMS, que aponta para o dado que “o gasto federal com atividades promovidas pelo Ministério da Saúde representou, em 1996, cerca de 10,4% da arrecadação da União, valor inferior ao atingido em 1989, calculado em 19% (OPAS/OMS, 1998:29).

Essa era certamente a constatação do Médico Adib Jatene, que, no seu retorno ao Ministério da Saúde logo no início do governo Cardoso, em 1995 (havia sido ministro também durante o governo Collor, entre fevereiro e setembro de 1992), promoverá uma “cruzada” em favor de se constituir uma outra fonte de recursos para o financiamento da saúde pública. Para esse fim, Jatene entrou em confronto direto com a área econômica do governo, principalmente com os ministros da Fazenda, Pedro Malan, e do Planejamento, José Serra e depois Antonio Kandir.

O ministro Adib Jatene e a “cruzada” pelo “imposto da saúde”.

A proposta do ministro Jatene era a da criação de um imposto intitulado Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF). Esta significaria o retorno do IPMF (Imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras), o “imposto do cheque”, que vigoraria somente em 1994, o último ano do governo Itamar, arrecadando R\$ 5 bilhões para o pagamento de contas da área social. Segundo matéria divulgada pela imprensa, Malan e Serra defendiam que, se a CPMF fosse criada, sua arrecadação deveria ser destinada ao pagamento da dívida interna. Já o presidente da República afirmara, em entrevista, que os gastos do governo na área da saúde haviam duplicado em dois anos, desde quando ele próprio ocupara o posto de ministro da Fazenda – informação negada pelo ministro Jatene e pelos dados apurados pelo próprio governo através do IPEA. De qualquer forma, Fernando Henrique resolveu transferir para o Congresso o ônus da instituição ou não do novo tributo.

Jatene tinha também contra si grande parte das bancadas do PSDB, PMDB e PPB e alguns poderosos lobbies: a Federação Brasileira dos Bancos – FEBRABAN, a Confederação Nacional da Indústria – CNI e um recente Movimento Nacional de Defesa do Contribuinte – MNDC, criado exatamente por setores do empresariado com o objetivo de impedir a criação do novo “imposto do cheque”. Essas pressões foram alimentadas pelo entendimento, manifestado publicamente pela área econômica do governo, de que o novo imposto aumentaria a taxa de juros e pressionaria os custos das empresas, “pondo em risco o Plano Real”. O ministro da Saúde também foi acusado, inclusive pelo presidente da República, de ser porta-voz dos interesses dos donos de hospitais privados e representantes das Santas Casas de Misericórdia, que viam no imposto a possibilidade de reajuste dos preços dos serviços prestados ao SUS. Inclusive, como forma de pressão, dói divulgada a informação de que a Federação Brasileira de Hospitais –FBH estaria recomendado aos estabelecimentos filiados que simplesmente abandonassem o SUS em razão dos constantes atrasos no repasse das verbas.

Apesar dos conflitos relatados acima, a pressão de Jatene surtiu efeito junto à opinião pública e acabou recebendo o apoio declarado do presidente Fernando Henrique Cardoso, que passou a ver num imposto totalmente vinculado às despesas com um setor das políticas sociais o impulso necessário para alavancar positivamente a imagem do governo.

Um outro dado contabilizado na ocasião pelo governo foi o posicionamento da direção do Partido dos Trabalhadores – PT em votar contra a CPMF, obrigando 22 deputados da bancada do partido, publicamente favoráveis ao imposto, a seguir a deliberação da direção

partidária. Esse fato foi visto como elemento importante a ser lançado na disputa em torno da importante prefeitura de São Paulo nas eleições de 1996, na qual o PSDB apresentava um candidato de peso : o até então ministro do Planejamento Jose Serra. Assim, os líderes governistas, após reunião no Palácio do Planalto, decidiram “virar a votação, dada como perdida”, obtendo “mais de 30 votos nos últimos 15 minutos de votação”.

Depois desses contratemplos, a empreitada de Jatene finalmente acabou vitoriosa em 22 de outubro de 1996, com a aprovação pelo Congresso da Lei 9311, que regulamentou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, com recolhimento da alíquota de 0,20% pelo período previsto de 13 meses. Mas a entrada em vigor do imposto, a partir de janeiro de 1997, não encontraria mais Adib Jatene à frente do Ministério da Saúde.

O relato dos embates envolvendo o ministro Jatene com os integrantes da área econômica do governo e com o empresariado são importantes porque ilustrativos do tratamento dispensado pelo governo Fernando Henrique Cardoso à saúde pública. A discussão, através da mídia, do ministro da Saúde com o presidente da República em relação às contas do Ministério, por exemplo, além da polêmica citada anteriormente, apresentava números que apontavam para um déficit de R\$ 2,2 bilhões no orçamento de 1996 em relação ao ano anterior.

Outra informação importante foi veiculada por ocasião do pedido de demissão do ministro Jatene, efetuado ao presidente na última semana de outubro daquele ano – imediatamente após a aprovação da CPMF. Em matéria assinada pelos jornalistas Fernando Rodrigues e Sônia Mossri, a *Folha de São Paulo* divulgou que um dos motivos da saída de Jatene teria sido a falta de apoio do presidente Cardoso à sua proposta – possível do ponto de vista legal – de que se utilizasse R\$ 1,6 bilhão da verba do Fundo de Estabilização Fiscal – FEF para o pagamento das contas do SUS no último trimestre do ano. O presidente Cardoso teria apoiado a exigência do ministro do Planejamento Antonio Kandir, de “condicionar a liberação de mais recursos para o SUS ao corte de verbas para áreas como vacinas, controle de endemias e programas de saneamento básico”. Alguns meses depois, o mesmo jornal revelou que até 20 de julho de 1997 apenas 3% do total de dinheiro arrecadado pela CPMF (um montante de cerca de R\$ 3 bilhões nesse período) fora utilizado pelo Ministério da Saúde em ações de saúde preventivas (combate de endemias, saneamento básico e compra de medicamentos). Quase a totalidade dos recursos destinou-se ao pagamento de hospitais conveniados ao SUS e ainda uma pequena parte ao abatimento da dívida contraída pelo ministério da Saúde junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT.

Adib Jatene, em outubro de 1997, denunciava a “total esterilização” da CPMF, pelo governo como fonte complementar de recursos para a saúde pública. Em artigo para a revista *Veja*, o ex-ministro relatou a sua “cruzada”, seus embates com a área econômica, a insuficiência dos gastos do governo brasileiro com a saúde (da ordem de 200 dólares por habitante/ano) e a constatação de que a CPMF foi desviada de sua função original, passando a servir ao objetivo do equilíbrio das contas governamentais. (Jatene, 1997).

A denuncia de Jatene é referendada pela mudança de atitude da equipe econômica chefiada por Pedro Malan em relação à CPMF, no último semestre do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1998. De “imposto da saúde”, a contribuição cada vez menos “provisória” passou a ser entendida como um dos alicerces de sustentação do “ajuste fiscal”, inclusive incluído na previsão orçamentária (como o valor estimado de R\$ 15,398 bilhões de arrecadação para 1999) da Carta de Intenções assinada com o FMI e aprovada por essa instituição no dia 2 de dezembro. Assim, a prorrogação do imposto passou a ser

vista como vital para a economia do país, sem a qual não haveria como “garantir o resultado fiscal estimado” e tampouco “dar continuidade ao processo de redução das taxas de juros”.

Para finalizar o debate sobre o financiamento da saúde pública durante o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, reproduzo abaixo a Tabela apresentada por Oliva Augusto & Costa (2000:206), onde são discriminadas as fontes de receitas para os programas do Ministério da Saúde. Fica bastante claro o peso acentuado da CPMF no total dos recursos destinados ao Ministério, com destaque para o ano de 1995, quando representou praticamente a metade da receita, contabilizadas todas as fontes de financiamento.

TABELA 4
BRASIL – MINISTERIO DA SAÚDE – 1994-1998
RECURSOS ALOCADOS, POR FONTE DE RECEITA (R\$ Milhões)

Fontes	1994	%	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%
CSLL	1639	13	3684	20	3290	21	3675	19	1808	9
Confins	---	---	---	---	---	---	4929	26	4885	25
CPMF	4362	34	8968	49	6746	43	5290	28	6615	34
FSE	4691	37	2180	12	2800	18	3706	19	2349	12
Outras	2036	16	3439	19	3020	19	1436	8	3844	20
Total	12730	100	18271	100	15885	100	19036	100	19501	100

Fonte: OLIVA&COSTA (2000:206)
CSLL: Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas
Cofins: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
FSE: Fundo Social de Emergência

O SUS e a descentralização da gestão de saúde

Apesar dos números que atestavam a precariedade de condições vivida pela saúde pública, sempre arrolados por Jatene para justificar a sua defesa da CPMF, o novo ministro da Saúde, Carlos César de Albuquerque, empossado em 13/12/1996 (ficaria na função até 31/03/1998), afirmara à imprensa que o problema do setor não seria exatamente “o da falta de recursos mas sim o modo de administrá-los” (Elias,1997:205). Em função disso, duas questões poderiam ser arroladas como parte integrante e prioritária da agenda do novo ministro da Saúde: a municipalização e o debate sobre as formas de ressarcimento ao SUS do atendimento proporcionado à clientela dos planos e seguros de saúde privados.

A organização e o funcionamento do SUS foi regulamentada pela Lei 8.080, de 19/09/90 - a Lei Orgânica da Saúde e pela Lei complementar 8.142, de 28/12/90, que dispõe, entre outras questões, sobre as transferências intergovernamentais de recursos

financeiros na área da saúde (Cordeiro, 1991; Oliva-Augusto&Costa, 2000:201-2). Segundo Oliva-Augusto & Costa, esse processo de transferência de recursos ocorre da seguinte forma:

“A participação do Ministério da Saúde é crucial (...). A destinação de recursos federais ao SUS baseia-se na receita estimada do orçamento da seguridade social, conforme proposta por ele elaborada, com a participação dos órgãos de previdência e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias da União. Aprovado o orçamento, os recursos são creditados ao Fundo Nacional de Saúde, sob sua administração, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde fiscalizar o uso que lhes é dado. Esse órgão colegiado, atuante na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, tem caráter permanente e deliberativo e é composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Além disso, na administração do Fundo Nacional de Saúde, compete ao Ministério da Saúde estabelecer os critérios, aprovar a programação e acompanhar a aplicação dos recursos repassados a estados e municípios, cabendo-lhes também adotar as punições previstas em lei para os casos de malversação, desvio ou não aplicação dos recursos. Por sua vez, para receber os recursos, além de constituir o fundo de saúde, os estados e municípios devem criar conselhos e elaborar planos de saúde, apresentar relatórios de gestão e assegurar a existência de contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento. Desse modo, os três níveis de governo devem atuar conjuntamente na administração pública” (Oliva&Costa, 2000:202-3).

Somente três anos após a Lei Orgânica da Saúde é que os critérios para o repasse de recursos do governo federal para estados e municípios foram sistematizados (Norma Operacional Básica do SUS – NOB/93), anexa à Portaria do Ministério da Saúde n 545, de 20/05/93). A NOB/93 entrou em vigor a partir de 1994, estabelecendo responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local (estados e municípios) do SUS, sob três modalidades: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena.

Apenas na modalidade de gestão semiplena é que se pode falar em efetiva municipalização dos recursos e da administração da saúde pública. Nesse tipo de gestão, o município assume a responsabilidade total sobre a gestão da prestação de serviços; o gerenciamento da rede pública (exceto da rede estadual); e o recebimento mensal “da totalidade dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatoriais e hospitalares” (Oliva & Costa: 203).

Em dezembro de 1997, 3.127 municípios brasileiros (58% do total de 5.407 municípios existentes naquela data) foram cadastrados pelo Ministério da Saúde como habilitados a uma das modalidades de gestão local do SUS. Desses, somente 144 (5%) foram contabilizados como atendendo à condição de gestão local do SUS. Desses, somente 144 (5%) foram contabilizados como atendendo à condição de gestão semiplena (Arretche, 1998 *apud* Oliva&Costa,2000:204). O quadro abaixo mostra a evolução das modalidades de gestão local no período 1994-1996:

TABELA 5
BRASIL –DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS (1994-1996)
NUMERO DE MUNICIPIOS HABITADOS À GESTÃO LOCAL (NOB/93)

Condição de Gestão local	1994	1995	1996
INCIPIENTE	1.836	2.131	2.369
PARCIAL	537	612	619
SEMIPLENA	24	56	137
Totais	2.397	2.799	3.125

Fonte : Yunes (1999:66) *apud* Oliva&Costa (2000:204)

O Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil, referente a 1996, publicado pelo IPEA para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), analisa a experiência do governo brasileiro na descentralização das políticas sociais voltadas para a saúde. Na avaliação apresentada pelo PNUD, a “resistência” à gestão simplena pelos municípios deve ser creditada a duas causas: (1) “uma atitude de prudência” dos municípios, diante das incertezas quanto ao repasse dos recursos pelo governo federal; (2) a resistência refletiria “uma posição confortável de acomodação” dos governantes locais, não se envolvendo com problemas de desgaste político que poderiam advir do sistema de saúde no âmbito do município (PNUD,1996:60).

Segundo extensa matéria publicada pela Gazeta Mercantil, em fevereiro de 1997, sob o título “Crise dramática do SUS”, essa sistemática de descentralização adotada na organização do SUS era vista como uma das principais responsáveis pelo sucateamento do sistema publico de saúde. A questão que se colocava naquele momento, mais uma vez, dizia respeito aos recursos que seriam repassados pelo governo federal para estados e municípios. Apesar do volume de despesas da ordem de R\$ 191,7 milhões para pagamento aos hospitais e do montante de R\$ 230,7 milhões para os ambulatorios, o grande problema alegado por hospitais e clinicas era a defasagem existente entre os valores da tabela utilizada pelo governo para ressarcimento dos procedimentos efetuados nas redes de assistência médica e hospitalar e os custos dos mesmos. Como exemplo, os profissionais de medicina recebiam, em 1996, o valor de cerca de dois dólares apenas por cada consulta e os hospitais recebiam cerca de três dólares por diária de um paciente. Mesmo com um aumento de 25% a partir de março de 1997, esses valores estimulavam fortemente as fraudes e a deterioração dos serviços, prejudicando as camadas mais pobres, que não podem pagar um plano de saúde.

O Ministério da Saúde, através do secretario de Assistência à Saúde, Antônio Werneck de Castro, negava que houvesse falta de vontade política do governo na implantação do sistema, assim como rejeitava também a idéia de que a não efetivação da gestão local estivesse sendo provocada pela insegurança das prefeituras em assumir a responsabilidade do atendimento à saúde, sem garantias efetivas de cobertura por parte do governo federal.

Uma outra informação relevante, apresentada pela matéria citada, diz respeito à rede privada conveniada ao SUS. Segundo a Federação das Misericórdias do Estado de São Paulo, entidade representativa de 423 Santas Casas paulistas, a única saída para a rede, em

termos de financiamento alternativo ao SUS, seria a criação de planos de saúde próprios. José Alberto Monteclaro César, presidente da Federação, informava sobre a existência de 80 planos de Santas Casas, criados desde o início da década de 90, e a iniciativa de fundação do Instituto Brasileiro de Planos de Saúde das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, com o objetivo de coordenar e integrar os planos existentes e ainda ajudar na criação de novos. Como as Santas Casas, segundo Monteclaro César, eram responsáveis por 68% dos leitos e 60% dos atendimentos do SUS no estado, a crise, decorrente da defasagem dos valores (quadro abaixo) e dos ressarcimentos com atraso de até 50 dias, assumiam proporções gigantescas.

QUADRO 4.1
RESSARCIMENTO EFETUADO PELO SUS AOS HOSPITAIS PRIVADOS
Valores em R\$ (1996)

PROCEDIMENTO	SEM REAJUSTE	COM AJUSTE DE 25%
Consulta	2,04	2,55
Diária	3,53	4,42
Consulta no pronto socorro	5,97	7,46
Parto	126,12	157,65
Cesariana	202,09	252,61
Cirurgia do apêndice	190,88	238,60
Broncopneumonia (4 dias internação)	127,90	159,80
Crise asmática (2 dias internação)	204,05	255,06
Diabetes (4 dias internação)	122,66	153,06
Tratamento queimado (10 dias internação)	740,35	925,44

Fonte : Federação das Misericórdias do Estado de São Paulo (Gazeta Mercantil, 21-23/02/1997)

A situação descrita a respeito da política de descentralização do SUS foi alterada no início de 1998, quando o governo Fernando Henrique Cardoso implementou uma nova Norma Operacional Básica, a NOB/96, anexa à Portaria 2.203, de 05/11/1996, do Ministério da Saúde, revendo o processo de municipalização. A NOB/96 promove o fortalecimento do papel dos estados na coordenação dos programas vinculados ao SUS, revertendo o poder de gestão concedido aos municípios pela NOB/93. Também reorganiza o sistema, de forma a priorizar a atenção básica à saúde, fortalecendo a “focalização”, conforme é proposto pelos organismos financeiros internacionais (Oliva&Costa, 2000:204).

A “focalização” consiste na política de saúde direcionada para os estratos mais pobres da população, indo portanto na contramão da *universalização* proposta em 1988.

Além dessa modificação substantiva, a medida altera as modalidades de gestão local do SUS.

Agora elas são duas: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema de saúde. Na primeira modalidade, os municípios passam a responder totalmente pela assistência ambulatorial, pelas ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, pela gerência de todas as unidades básicas de saúde pública existentes na região e se responsabilizam pela oferta de atendimento intermunicipal, abarcando cidades vizinhas. Na segunda modalidade, os municípios, além das ações da atenção básica, passam também a responder integralmente por todas as ações referentes aos serviços do SUS em sua jurisdição, inclusive a oferta de procedimentos de alta complexidade tecnológica.

Segundo informações do governo Cardoso, dos 5.507 municípios existentes em 1998, 4885 (89%) estavam habilitados ao atendimento pela modalidade gestão de atenção básica, enquanto 431 (8%) apresentavam-se na condição de gestão plena do sistema de saúde. (Oliva & Costa, 2000:204-205).

O LUGAR DA SAÚDE PÚBLICA NAS POLÍTICAS SOCIAIS DO GOVERNO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO (1995-2000)

Uma constatação inequívoca na análise do governo Fernando Henrique Cardoso é que a sua agenda política é determinada pelo diagnóstico das crises econômicas internacionais, frentes às quais surge a necessidade urgente de políticas de ajuste. Assim, obedece-se a uma lógica circular, onde as decisões políticas governamentais, invariavelmente, apontam as reformas como vitais para a manutenção da estabilidade macroeconômica, a qual se coloca como objetivo último da agenda de governo ou como uma espécie de “sombra” que acompanha todas as suas decisões. Nas palavras de Bresser Pereira (1997), um dos mentores intelectuais do governo, “a curto prazo, a reforma do Estado objetiva reduzir a dimensão do Estado e permitir o ajuste fiscal”. É evidente que essa perspectiva demarca as políticas sociais, que ficam, portanto, numa posição secundária, até marginal, em relação à política econômica.

A priorização do ajuste fiscal tem claramente contribuído para o aumento da pobreza e da desigualdade social no Brasil, como denunciaram as Organizações Não-Governamentais (ONGs), reunidas em Genebra, em junho de 2000, durante assembleia geral da ONU. Antes do encontro, em abril, uma ONG brasileira sediada em Brasília, o Instituto de Estudos Sócio-econômicos – INESC, a partir de dados pesquisados pelo IPEA, denunciou que o número de pobres (aqueles que apresentam renda mensal abaixo de R\$ 149,00) atinge a maioria da população (50,2%) e que o número de miseráveis (com renda mensal abaixo de R\$ 73,00) era em torno de 28%.

Esses números seriam uma consequência direta do pequeno investimento em programas sociais efetuado pelo governo Fernando Henrique Cardoso. Segundo o INESC, do total previsto no Orçamento Geral da União de 1999 (R\$ 9,05 bilhões), foram gastos apenas R\$ 3,68 bilhões (40,67%). Já as despesas com juros e encargos da dívida pública foram 11,37

vezes maiores. Já no ano 2000 (até a dia 22 de junho), os investimentos do governo federal foram de R\$ 419,5 milhões, correspondendo a apenas 3% do total previsto no OGU (R\$ 12,5 bilhões).

Uma das principais conseqüências do caráter determinante da política econômica indutora da recessão, é o aumento das taxas de desemprego formal e a diminuição dos padrões mínimo de proteção social construídos no Brasil nas últimas décadas. A situação se agrava com a opção pela abertura da economia ao capital estrangeiro e com a possibilidade de investimentos diretos serem atraídos a partir da redução do chamado “custo Brasil” – a tradução neoliberal para a regulamentação “excessiva” das relações entre o capital e o trabalho.

Assim, como afirma Cohn, o “novo padrão de regulação de regulação social não se dá mais via trabalho, mas via renda” (Idem:185), de que é exemplo a reforma da Previdência Social, que

“(…) após ter sido alçada ao estatuto de seguridade social em 1988, retrocede por iniciativa do governo à concepção de seguro social, uma vez que passa a vincular o acesso diferenciado ao valor dos benefícios segundo a capacidade de poupança individual de cada um durante sua vida útil” (Cohn, 2000:185).

Pode-se afirmar, portanto, que a flexibilização dos direitos dos trabalhadores, antes alocados de forma segmentada pela cidadania regulada, deu lugar não a direitos universais, mas a uma outra forma de segmentação, mais excludentes porque determinada pelo nível de renda.

Configura-se assim um sistema dual de proteção social (Cohn,2000:186): de um lado, um subsistema contributivo, relativo aos benefícios sociais securitários; outro, redistributivo, relativo aos benefícios sociais assistenciais. É nesse segundo subsistema, que seria financiado com os recursos do orçamento da União, que se encaixam as políticas sociais direcionadas para a saúde pública.

Antes de se tocar na questão da saúde, vale a pena reproduzir uma observação importante efetuada por Amélia Cohn:

“(…) deve-se registrar que, no caso dos direitos não contributivos, o potencial redistributivo das políticas a ele vinculadas, na sua essência, é maior se e sempre quando se tratarem de políticas universais e financiadas com recursos orçamentários provenientes da contribuição fiscal. No caso brasileiro, no entanto, não é isso que vem se verificando: essas políticas, exatamente por se contraporem mais diretamente aos ditames da lógica macroeconômica em vigor de diminuição do déficit público, acabam por ter seus recursos cortados, e em conseqüência sua população-alvo restringida aos segmentos mais pobres da sociedade. É a conhecida focalização das políticas sociais, que se traduz, como testemunha nossa larga experiência histórica, em políticas de cunho clientelista, de caráter imediatista e, portanto, em políticas de governos e não em políticas de Estado.” (Idem: 186).

Este é o diagnóstico que se pode fazer quando se reflete sobre as políticas do governo Cardoso voltadas para a área da saúde. A questão da focalização aparece claramente no momento em que se “delibera” pela segmentação da assistência médico-hospitalar: às instituições públicas de saúde, sob responsabilidade do SUS, cabe o atendimento à população mais pobre; ao segmento privado, sob a denominação de saúde suplementar, fica o atendimento daqueles que têm uma renda que possibilite o pagamento desses serviços.

Cabe aqui uma observação pertinente a respeito da clientela dos planos de saúde privados. De acordo com a empresa de consultoria Target, que efetuou pesquisa sobre o

potencial de consumo das cidades, regiões e classes sociais no país, os estimados 40 milhões de usuários da assistência médica suplementar não são apenas aqueles que possuem um alto nível de renda, mas também aqueles que pertencem à classe C. Fazem parte, portanto, de uma população estimada, em 1999, em cerca de 50,4 milhões de pessoas (31,1% da população brasileira), que “expulsos” compulsoriamente do sistema público de saúde, são obrigados a recorrer aos planos de saúde privados, com gastos totais da ordem de US\$ 3,5 bilhões (Leitão, 1999).

Um outro dado da mesma pesquisa feita pela Target referente à saúde pública tem a ver como os gastos com medicamentos, onde a classe C aparece com gastos ainda maiores, em torno de US\$ 3,7 bilhões, em 1999. Três anos antes, em 1996, esses gastos já eram muitos altos (US\$ 3,2 bilhões), apesar do aumento da população considerada nessa faixa de consumo. O quadro abaixo ajuda a entender melhor esses indicadores:

QUADRO 4.2
BRASIL – CONSUMO DA CLASSE C – 1996 e 1999

	1996	1999
% da População	26,3	31,1
Pessoas	41,3 milhões	50,4 milhões
Consumo total	US\$ 97 bilhões	US\$ 99,2 bilhões
Gasto com medicamentos	US\$ 3,2 bilhões	US\$ 3,7 bilhões
Outras despesas de saúde	US\$ 2,5 bilhões	US\$ 3,5 bilhões

Fonte: Target Consultoria *apud* Leitão (1999).

Há de se admitir que a população em geral só tem a ganhar com a presença de um ministro forte numa área como a saúde. Mas há de se perceber também até onde as ações concretas nessa área foram produzidas com resultados “cosméticos” e totalmente ineficazes, porque não vão até a raiz dos problemas sociais – ou como é o caso das políticas relacionadas aos programas do “Comunidade Solidária” – ou como um efeito de marketing político, visando resultados eleitorais.

Para terminar este capítulo, uma palavra sobre a questão do impacto da descentralização do SUS. A história recente da Nova Republica tem demonstrado que as experiências inovadoras em termos de políticas sociais, inclusive na área da saúde, são aquelas promovidas por administrações municipais que tem como principio político a participação da população local nas decisões, principalmente de caráter orçamentário. Esta pratica se traduz, por sua vez, num exercício político-pedagógico de construção da democracia, atuando-se com transparência na administração da coisa pública (Lesbaupin, 2000). Portanto, entendo que seria um retrocesso a conformação de políticas de caráter mais centralizado, que tenham como objetivo o uso clientelístico das verbas por parte do governo federal. A possibilidade de distorções e do mau uso dos recursos, que poderiam ser atribuídos à gestão local, dada a cultura política disseminada em torno do clientelismo e a

ausência de participação em geral, deve ser relativizada em função da maior proximidade dos eleitores daqueles que executam as políticas públicas no seu município. O aumento dos níveis de escolaridade da população deve ser acompanhado pela educação para a cidadania e, conseqüentemente, devem ser criadas condições para qualificar a participação e o acesso às informações necessárias para a tomada de decisões em âmbito local, seguida do devido acompanhamento sobre a utilização das verbas na consecução das políticas públicas, entre elas a saúde.

CAPÍTULO 3 – O SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL

Nas décadas de 1930 e 1940, a assistência médica era uma prática essencialmente urbana e de caráter privado, de cunho profissional liberal. Já a assistência hospitalar concentrava-se nas “Casas de Misericórdia”, entidades vinculadas a instituições religiosas e filantrópicas. Apesar da extensão da rede previdenciária dos IAPs e hospitais de Ministério da Saúde, dos estados municípios, montada pelo Estado brasileiro nesse período, dados de meados da década de 1950 apontam para o fato de que a rede hospitalar privada ainda era muito superior à rede pública existente, representando 82,1% dos 2.506 hospitais e 58,4% dos 216.236 leitos existentes no Brasil (Fadul, 1992).

A consolidação da medicina empresarial inserida no processo de desenvolvimento capitalista, no entanto, vem a ocorrer com o regime militar de 1964. É quando a burocracia estatal passa a se orientar por teses vindas dos grupos médicos empresariais, que ganham acesso a posições decisórias importante. Foi o caso da Federação Brasileira de Hospitais, que obteve a nomeação do médico Thomas Russel Raposo de Almeida para a presidência do Conselho Médico da Previdência Social – CMPS, no período 1964-1966 (Cordeiro, 1984:45). A ação privatizante do novo regime, em relação à atividade médica, ficaria clara a partir das políticas médico-assistencialistas implementadas pelo recém-criado Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1966.

O crescimento da medicina empresarial se explica também pelo aumento da demanda por convênios de assistência médica por parte das empresas industriais em expansão na década de 1950, principalmente na Grande São Paulo (Giffoni, 1981;Cordeiro,1984; Bahia,1999).

Também é devido a esse processo de desenvolvimento do capitalismo industrial e ao conseqüente crescimento da população urbana, que podemos creditar a constituição de um *sistema privado de saúde*.

Da década de 1960 até os dias de hoje, a atividade médico-assistencial privada se impôs como parte integrante do processo de desenvolvimento capitalista no Brasil, como condição necessária para a garantia da reprodução da mão-de-obra dos setores de ponta da economia e como uma oportunidade de investimentos empresariais altamente lucrativos. Para esse fim, foi de fundamental importância que parte da liderança médico-empresarial assumisse funções nos “anéis burocráticos” em torno principalmente da Previdência Social. Ali os médicos contribuíram para a consolidação do mercado privado de saúde. (Cordeiro, 1984:59-60).

O governo Castelo Branco (1964-1967) representou o momento de reestruturação do aparelho previdenciário, marcado também pela consolidação do poder da tecnoburocracia oriunda do IAPI na montagem de um projeto de “modernização” e de “racionalização” que fazia coro com os interesses da iniciativa privada no setor da saúde. Desse projeto fazia parte a Federação Brasileira de Hospitais –FBH e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial – ABRAMGE. O entrelaçamento entre setores do aparelho previdenciário e do empresariado se deu nos “anéis burocráticos”, que passaram a conduzir as reformas de cunho “privatista”.

Essa “opção privatista” do regime militar implicou a redução de investimentos na rede pública de saúde, priorizando-se o financiamento da expansão da rede privada de hospitais.

Com essa orientação, o setor empresarial desenvolveu-se de uma forma “protegida” em relação às incertezas intrínsecas ao “livre-mercado”. (Faveret Filho & Oliveira, 1990:267).

O governo Geisel (1974-1978) deu seguimento a essa orientação, com a criação, em 1974, do PPA – Plano de Pronta Ação, destinado à remuneração do setor privado pela prestação dos serviços médico-assistenciais (Cordeiro, 1984:45;66-7). A partir de 1975, com a criação do FAZ – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, o governo passou a financiar a expansão e/ou a modernização tecnológica da rede hospitalar privada. (Faveret Filho & Oliveira, 1990:267-268).

A opção pelo investimento na expansão do setor privado, sob o pretexto de diminuir os custos com a previdência social, provocou “resultados indesejáveis” para a própria previdência. Pesquisa patrocinada pelo INAMPS no período 1978-1981 constatou que a política de convênios adotada pelo governo, remunerando os hospitais privados com base em tabelas que não cobriam devidamente os custos dos serviços médicos, contribuiu para o “crescimento desmesurado no custo médio das internações, conduzindo a um progressivo agravamento da situação financeira da previdência”, além de priorizar os serviços hospitalares para particulares, em detrimento das vagas reservadas aos convênios celebrados com o INAMPS (Rezende, Castanhar & Díaz, 1982). Nessa época, portanto já se anunciava a crise de financiamento da previdência social.

Se a origem e a expansão do sistema de saúde privado se insere no processo de modernização autoritária, a retomada da democracia, a partir de 1985, vai encontrar essa estrutura já consolidada, reforçada pela crise econômica do Brasil dos anos 80, que reduziu investimentos em políticas sociais, levando o sistema de saúde pública à falência. Para se ter uma idéia da dimensão da crise do sistema público, do total de 6.411 estabelecimentos hospitalares existentes no Brasil em 1989, 80,4% eram privados. (Buss, 1995:84).

A relação inicial de dependência do sistema privado com relação ao Estado foi sendo alterada durante a década de 1980. A partir de então deu-se uma progressiva autonomia de setor privado. Data desse período o fortalecimento das diversas modalidades de planos e seguros-saúde, para onde acorreram as camadas médias da população brasileira, excluídas do sistema público de saúde em razão do seu sucateamento.

Assim, as políticas direcionadas para a extensão e do acesso à saúde, consolidadas pela instituição do SUS na Carta Magna de 1988, representaram na prática uma opção política que pode ser definida como de universalização excludente (Faveret Filho & Oliveira, 1990), já que afastou do sistema público um segmento significativo da população, transformando em clientela preferencial do sistema privado. Este fato representou um importante “elemento de acomodação do sistema”, como concluem os autores citados:

“Se o desenvolvimento dos esquemas privados tem sido de certa maneira funcional ao processo de universalização, ao mesmo tempo ele o fragiliza por retirar da esfera do setor público justamente os segmentos da população com maior capacidade de vocalização de demandas” (Faveret Filho & Oliveira, 1990:258).

Os “esquemas privados” a que os autores se referem apresentam-se organizados em distintos modelos de gestão, classificados principalmente de acordo com o tipo de empresa enquanto pessoa jurídica ou com a forma de financiamento contratada para a assistência à saúde (Checchia, 1996). Outros autores definem esse segmento privado como o de assistência médica suplementar, em razão da existência de “um serviço público de atenção médica de caráter obrigatório, sendo permitida ao beneficiário a opção pelo pagamento de

um seguro privado, a despeito da manutenção da obrigatoriedade de contribuição para a previdência social” (Kornis, Nunes & Caetano,2000:183).

Para se entender melhor a conformação do sistema privado de saúde brasileiro na década de 90 ou segmento de assistência médica suplementar, apresento a seguir um breve histórico e a caracterização das principais modalidades de gestão existentes: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos de autogestão e seguro-saúde.

Empresas de medicina de grupo

Essas empresas médicas custeiam as suas atividades através de um sistema intitulado como “pré-pagamento”, onde o cliente paga um valor por beneficiário (ou por cada funcionário, no caso de contratação por uma empresa), determinado pela extensão da cobertura de eventos e cálculos atuariais sobre o risco de contração de enfermidades (Checchia,1996:19). O Ministério do Trabalho definiu a “empresa de medicina de grupo” através da Portaria 3.232 de 27/06/1986: trata-se de pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins lucrativos, voltada para a assistência médico-hospitalar prestada através de recursos próprios ou de rede credenciada, “mediante contraprestações pecuniárias” (Guerra,1998:9-10).

Data de 1956 o registro do primeiro plano de pré-pagamento fixo, quando da fundação, na região industrial do ABC paulista, daquela que pode ser considerada como a primeira empresa de “medicina de grupo” no Brasil, a Policlínica Central (FUNENSEG,1998:4). Seu fundador, o médico Juljan Czapski, justificou a iniciativa como impulsionada pela demanda das multinacionais instaladas na região, que “desejavam que o atendimento à saúde de seus funcionários e dependentes tivesse o padrão similar ao de suas matrizes” (ABRAMGE,1991 *apud* Checchia,1996:20).

Essa articulação entre as empresas – com a participação da Federação das Industrias do Estado de São Paulo – FIESP – e os grupos médicos recém criados é que proporcionou as condições favoráveis para a proliferação dos convênios e a sua adoção como um modelo depois normatizado pela Previdência Social. Em 1960, através da Lei Orgânica da Previdência Social, o governo autorizou que as empresas oferecessem como “benefício” aos seus empregados e dependentes serviços médicos próprios ou contratados. Diversas outras medidas, a partir de 1964, estenderam o raio de ação dos convênios entre empresas e grupos médico-assistencialistas, permitindo a divisão de encargos entre o setor público e o privado. Dentre essas medidas podemos destacar o Plano de Pronta Ação e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, implementados durante o governo Geisel, na década de 1970.

Em agosto de 1966 as empresas de medicina de grupo fundam a Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial – ABRAMGE, para fortalecer a ação política organizada desse setor empresarial. Vinte anos depois é também criado o Sindicato Nacional de Medicina de Grupo e Empresarial – SINAMGE e em 1990 é instituído o Conselho Nacional de Autoregulamentação das Empresas de Medicina de Grupo – CONAMGE, que elabora um Código de Ética para o segmento. O Conselho buscava dar uma resposta às questões levantadas pela não regulamentação do setor, principalmente por parte das companhias seguradoras que atuam no ramo criadas a partir de 1990 têm a sua filiação à ABRAMGE condicionada à aceitação do Código de Ética aprovado pelo Conselho.

A ABRAMGE congregava em 1998 mais de 18 milhões de usuários, mais do que o dobro do número de clientes que era contabilizado em 1981 pela entidade (Bahia, 2000:287). Os usuários dos planos vinculados à ABRAMGE são atendidos por 740 empresas de medicina de grupo, sendo que mais de 80% dos usuários são trabalhadores vinculados ao mercado formal, já que usufruem de planos oferecidos como benefício pelas suas empresas empregadoras – planos empresariais ou coletivos, estabelecidos via convenio com as empresas (ABRAMGE, 1998). As maiores empresas de medicina de grupo no período analisado – com mais de 300.000 beneficiários – eram a Amil Assistência Médica Internacional, Amico Assistência Médica, Intermédica Sistemas de Saúde, Interclínicas Assistência Médica e Medial Saúde.

Segundo Checchia, as empresas de medicina de grupo brasileiras “funcionam nos mesmos moldes das Health Maintenance Organization (HMO) americanas, surgidas em Baltimore em 1929 e reconhecidas pela Suprema Corte Americana através do HMO act” (1996:21).

Essa classificação não é aceita por Médici, que considera a existência de peculiaridades entre os modelos brasileiro e americano, em especial pelo fato das empresas brasileiras não se enquadrarem especificamente em nenhuma das modalidades classificatórias que regulam as HMO americanas, funcionando como um misto de serviços oferecidos concomitantemente (Médici, 1991 *apud* Guerra, 1998:10-11).

Cooperativas Médicas

O “cooperativismo” é regulamentado no Brasil pelo Decreto 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que criou o Conselho Nacional de Cooperativismo, vinculado institucionalmente ao Ministério da Agricultura. A cooperativa é constituída em função da prestação de algum tipo de serviço pelos seus participantes (cooperados), sem objetivo de lucro, com os eventuais prejuízos ou “sobras” repartidos de acordo com as cotas-parte subscritas por cada membro.

As cooperativas médicas surgiram no Brasil a partir de iniciativa tomada por alguns sindicatos médicos que, principalmente através da Associação Médica Brasileira –AMB, criticavam duramente a ação dos grupos médicos empresariais que vinham sendo criados nas décadas de 1950 e 1960. A primeira experiência ocorreu em 1967, na cidade de Santos, com a formação da primeira UNIMED, sob a liderança do médico Edmundo Castilho. Esta primeira cooperativa apresentou-se com o objetivo de “oferecer uma alternativa que não se caracterizasse pelo mercantilismo das empresas de medicina de grupo e pelo atendimento previdenciário deficiente” (Guerra, 1998:6).

Atualmente a Confederação Nacional das UNIMEDs reúne 22 Federações, representantes das UNIMEDs de cada estado, que atendem a quase 11 milhões de usuários (ABRAMGE, 1998). A Confederação das UNIMEDs, entretanto, não detém a exclusividade de representação das cooperativas médicas no Brasil, registrando-se a existência da Unimed Paulistana, uma dissidência da primeira que atua no âmbito regional, e da Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas (Checchia, 1996:18).

As cooperativas médicas surgiram e se desenvolveram em oposição às empresas de medicina de grupo, como registrado acima, principalmente sob o ponto de vista ético-filosófico, de defesa de uma visão tradicional do médico como profissional liberal. Apesar

dessa pré-disposição ao embate contra a “mercantilização da medicina”, caracterizada por um discurso militante vinculado inclusive à prática sindical, em pouco tempo as UNIMEDs adotaram o mesmo modelo de convênios-empresa implementado pelas empresas de medicina de grupo, passando a disputar a mesma clientela entendida como prioritária: as empresas industriais e o setor de serviços (Cordeiro,1984:69-71). Nessa disputa pelo mercado, as UNIMEDs têm sido acusadas de procurar impor a monopolização, principalmente nas cidades do interior, onde os médicos cooperados são impedidos de estabelecer algum vínculo com qualquer outra modalidade de gestão do sistema privado de saúde. (Checchia, 1996:18-19). Nesse sentido, vale a pena transcrever a justificativa para essa prática, feita pelo fundador e presidente da entidade em 1992, Edmundo Castilho. Seus argumentos reforçam o princípio ético-filosófico liberal citado acima e simultaneamente revelam a não aceitação da tese também liberal da existência de *livre-concorrência* no mercado:

“o (médico) cooperado assume uma postura de engajamento e envolvimento ao livremente se comprometer a aceitar as regras (estatutos) da cooperativa. (...) Não há pretexto ou argumento que consiga dar coerência à tese de que, como credenciado de grupos mercantilistas concorrentes da UNIMED, o cooperado pode emprestar seu nome na disputa de mercado entre as duas. (...) No caso de dúvida quanto aos conceitos e posições aqui explicitadas, deve exercitar o princípio de livre adesão fazendo a opção: cooperativa ou medicina de grupo. Não há como defender duas bandeiras numa guerra; ou se luta por uma ou por outra, nunca por duas” (Castilho apud Checchia: 19).

Planos de Autogestão

Os planos de autogestão ou ainda de autoprograma são aqueles administrados diretamente pela empresa ou instituição que o patrocina ou por uma outra instituição assistencial e/ou previdenciária vinculada à primeira empresa. (Checchia,1996:12). Permitem formas diferenciadas e combinadas de estruturação, tais como a contratação de serviços, a produção própria de serviços e o reembolso.

Os planos de autogestão são típicos de grandes empresas públicas ou privadas, que patrocinam a criação do sistema próprio de assistência médica. A administração desse sistema geralmente se dá através de entidades jurídicas paralelas, tais como fundações, caixas de assistência, associações beneficentes, etc. São exemplos de autogestão a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI, a Sociedade de Assistência Médica e Social do Grupo Santista – SAMS, entre outros.

A Volkswagen foi a empresa pioneira nessa modalidade de medicina supletiva. Ainda em 1964, assumiu a responsabilidade da prestação de assistência médica aos seus empregados, sendo então dispensada pelo governo de contribuir para a assistência oficial. (Guerra, 1998:6).

Hoje existem 8 milhões de usuários vinculados aos planos de autogestão mantidos por empresas privadas (associadas à Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas – ABRASPE) e públicas (filiadas ao Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS).

Segundo Checchia, a expansão dos planos de autogestão está relacionada ao acentuado aumento dos custos com a assistência à saúde, permitindo que o montante dos lucros advindos da prestação dos serviços médicos não saia da órbita da empresa empregadora,

patrocinadora do plano. Uma outra justificativa adicional relaciona-se com a estratégia operacional de funcionamento geral da empresa que, ao adotar esse tipo de modalidade, não correria o risco de perder o controle dos custos com os serviços de saúde para terceiros, que poderiam reajustar os seus preços “através de planilhas de custos ininteligíveis” (1996:14).

Acredito que os argumentos contrários a essa prática seriam hoje mais convincentes, em função das mudanças profundas que vêm ocorrendo na economia capitalista nestes tempos de globalização financeira. Assim, a instituição da “terceirização” da assistência médica implicaria ganhos de escala e produtividade, oferecendo vantagens competitivas no mercado exatamente em função da sua especialização. (Checchia,1996:15).

O MERCADO DE SEGURO-SAÚDE

A formação do sistema privado de saúde tem um ponto em comum com a prática de seguros privados no Brasil : a inserção da atividade na construção de um projeto de Previdência Social. Na República Velha, nos nichos pioneiros da expansão do capitalismo industrial e da urbanização do país, o movimento sindical já havia obtido como uma relativa vitória, em 1919, a instituição obrigatória do seguro de acidente de trabalho pelas empresas através do Decreto 3.724. Esta legislação possuía um caráter privado e ideologicamente liberal, prevendo o “livre contrato entre patrões e operários e entre patrões e companhias de seguro”, com o Estado passando a exercer somente um “controle simbólico” dos seguros de acidentes de trabalho (Faleiros, 1992:75).

Partindo do contexto internacional de instabilidade política e econômica, marcado pela crise de 1929 e a grande depressão que se seguiu, criou condições favoráveis a medidas intervencionistas e nacionalistas do novo governo, a partir de 1930, consoantes com a tendência internacional de caráter anti-liberal.

Com as mudanças vividas pelo capitalismo mundial e as conseqüências relacionadas à Revolução de 30 o mercado segurador ficou com uma reserva de mercado para as companhias nacionais, garantida pela fundação e pela estrutura de funcionamento de Resseguros do Brasil – IRB. Apesar disso, ao contrario do empresariado industrial, a estratégia de intermediação de interesses do empresariado segurador não obedeceu ao padrão corporativo, estabelecendo uma forma própria de inserção nas políticas promovidas pelo Estado em relação ao setor. Essa participação ativa das empresas de seguros na elaboração das políticas do setor, via Conselho Técnico do IRB, permitiu que o seguro privado fosse entendido como atividade de caráter financeiro, fugindo à sua conformação como parte integrante da seguridade social. A consolidação desse caráter financeiro do setor viria com o regime militar e a constituição do sistema nacional de seguros privados, em 1966.

O autoritarismo e a centralização das decisões pelos governos militares, com a perda do poder de decisão pelas lideranças do mercado segurador dentro do IRB, associada à estatização do seguro de acidentes de trabalho, provocaram a estagnação econômica do setor e um clima de insatisfação que redundou, com o advento da Nova Republica, na retomada de uma posição de vanguarda política, cujo maior exemplo se fez presente nos documentos Carta de Brasília e Plano Diretor, ambos datados de 1992, que pregavam a desregulamentação da economia, conforme as recomendações coerentes com o ideário do FMI e do Banco Mundial. Nesse momento, os interesses do mercado segurador

confundiam-se com os interesses do governo brasileiro, com lideranças de setor ocupando postos-chave na administração federal e trabalhando pela reestruturação do sistema nacional de seguros privados. Apesar do intervalo forçado pelo impeachment de Fernando Collor e por um retorno a um viés nacionalista durante o curto mandato de Itamar Franco – que, ao contrário do que afirmam alguns analistas, não interrompeu o processo de internacionalização da economia – as reformas exigidas pelo mercado se aprofundaram a partir de 1994, com a eleição de Fernando Henrique Cardoso para a Presidência da República e a ascensão do economista Pedro Malan ao Ministério da Fazenda.

A desregulamentação da economia começa a alterar profundamente o mercado segurador, com atenção especial para o ramo seguro-saúde que, instituído pelo decreto de 1966, transforma-se num dos principais investimentos de aporte do capital estrangeiro – em especial originário de grandes seguradoras americanas. Nesse momento, a ação voltada para a desregulamentação está baseada na existência de um amplo consenso entre o Estado e as principais lideranças do empresariado segurador, com as chefias e as principais diretorias das entidades do sistema nacional de seguros privados sendo ocupadas por representantes dos interesses do mercado. A garantia de atendimento às reivindicações do setor ficou claramente expressa nas primeiras iniciativas de regulamentação do mercado de saúde privada, que contrariou os interesses das empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e planos de autogestão, mas principalmente dos órgãos de classe dos profissionais de medicina e de entidades representantes dos direitos dos consumidores/usuários.

O quadro favorável aos interesses do empresariado segurador começa a mudar em função da intersecção, na esfera de regulação da atividade médica privada, com outro componente do aparelho de Estado, o Ministério da Saúde. A partir da nomeação do economista e senador Jose Serra, em 31/03/1998, o Ministério da Saúde assume importância e ganha força política, passando a interferir ativamente na atuação do setor. O encaminhamento da proposta de regulamentação do mercado da saúde suplementar já vinha sendo impulsionado pelas inúmeras denúncias publicadas pela imprensa contra os planos de saúde e seguradoras, assim como pela quantidade de reclamações relacionadas à infração dos direitos dos consumidores que chegavam a órgãos como o PROCON.

Nesse contexto, a constituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no final de 1999, representou uma vitória do ministro da Saúde no embate com a área econômica do governo pelo locus regulatório referente ao setor de saúde suplementar. A criação da ANS vem conformar o estabelecimento de uma arena de possíveis conflitos entre o aparelho estatal e o mercado, opondo as dinâmicas e as políticas relacionadas e exigidas às atividades médico-assistenciais, voltadas para a saúde de uma grande parcela da população, à desregulamentação própria das atividades de caráter financeiro, como é qualquer tipo de seguro.

Assim, de uma maneira paradoxal, a atividade de seguros sofre um revés de grandes proporções. Em 1988, no texto final da nova Carta, o empresariado de seguros pôde proclamar-se vitorioso em razão da inclusão da atividade no artigo que tratava do sistema financeiro. No final de 1999, em um contexto de restrição dos direitos universais de cidadania como reflexo da nova visão do papel do Estado imposta pela ideologia neoliberal, a atividade de seguros passa a ser restringida num dos seus ramos de maior crescimento econômico na década, o seguro-saúde.

Essa realidade decorre da formação de uma nova arena de interesses, onde o Estado passa a regular o mercado sob uma nova ótica, que não é mais simplesmente a da “saúde

financeira”, como se dava na regulação via SUSEP, mas do ponto de vista do atendimento dos interesses do consumidor. Esses novos direitos do consumidor significam claramente um retrocesso, uma restrição formal da perspectiva da saúde como um direito universal. Eles aparecem como fruto de uma nova segmentação social na sociedade brasileira, na qual o nível de renda substitui a inserção na cidadania através do mercado de trabalho. Mas esses novos direitos podem também ser entendidos como sendo uma conquista, no sentido de extensão dos direitos específicos do “cidadão” definido como “consumidor”, num mercado capitalista pouco sujeito a regras atualmente – apesar das manifestações em contrário de setores do empresariado.

No período (1997/1998), a medicina privada atendia, em caráter suplementar, cerca de 41 milhões de usuários, ou seja, 25 % da população brasileira. Destes, 18,3 milhões são atendidos pelos grupos médicos filiados a ABRAMGE – sendo 80 % de planos coletivos (convênios-empresa) – 10,7 milhões são atendidos pelas cooperativas filiadas à Confederação Nacional das UNIMEDs, 8 milhões pelos planos de autogestão mantidos por empresas privadas (associadas à Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas – ABRASPE) e públicas (filiadas ao Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS) e 4 milhões atendidos pelas operadoras de seguro-saúde (companhias associadas à Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG). Os planos de autogestão são aqueles que apresentam o maior faturamento anual, conforme o quadro comparativo abaixo:

Tabela 6
Sistema de Saúde Privado- 1997-1998
Usuários, Numero de Empresas e Faturamento Anual (US\$)

	MEDICINA DE GRUPO (1998)	UNIMEDs (1998)	AUTOGESTÃO (1997)	SEGURADORAS (1997)	TOTAIS
Usuários	18300	10671	8000	4000	40971
Numero de empresas	740	360	300	40	1440
Faturamento Anual (US\$)	3,940 bi	3,5 bi	4,59 bi	4,0 bi	16,03 bi

Fonte: ABRAMGE (1998)

Tabela 7
SISTEMAS DE SAÚDE PRIVADO x PÚBLICO (SUS)
 População coberta (Totais – 1998)

	PLANOS E SEGUROS PRIVADOS	SUS
Total da População coberta (%)	41,8 milhões (26,1%)	118,2 milhões (73,9%)
Numero de empresas (sistema privado) X Numero de hospitais (SUS)	1440	6922
Faturamento (sistema privado) x Recursos aplicados (SUS)	16,03 bilhões (US\$)	20,00 bilhões (R\$)

Fontes :ABRAMGE (1998) e FENASEG (1999:22)

CONCLUSÃO – DESAFIOS DO SETOR SAÚDE NA DÉCADA ATUAL

Segundo relatório do IPEA (2006), o balanço dos desafios das políticas e programas é justamente dar continuidade às principais políticas e programas federais, com os sucessivos gestores do Ministério da Saúde compartilhando os mesmos objetivos estratégicos. O mesmo poderia ser dito sobre as secretarias de saúde em outras esferas de governo. Isso tem sido possível porque o SUS é uma política de Estado, sendo, dessa forma, com ênfases em um ou outro aspecto, mantida por sucessivos governos. Trata-se aqui, assim, de aferir o andamento de sua implementação – as transformações já ocorridas, os desvios e até os aprimoramentos em relação às metas iniciais.

No que se refere às macropolíticas, a universalidade e a integralidade da atenção seguem sendo reafirmadas como as principais diretrizes, ainda que, como forma de corrigir iniquidades, programas com foco em grupos populacionais específicos tenham a elas se associado. Nesses casos, a abordagem é bastante diversificada, podendo estar direcionada a contemplar especificidades relacionadas a gênero e raça ou a diferentes estágios do ciclo de vida – como no caso da saúde da mulher, do negro, da criança, do adolescente e do idoso – ou ainda à redução de riscos ou de danos comuns a determinadas atividades ou condições – como no caso da saúde do trabalhador e de indivíduos privados da liberdade, por exemplo. Tais programas têm em comum a ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de enfermidades, embora cada vez mais venham informando as atividades assistenciais, por meio de protocolos e/ou recomendações. Entre as políticas focalizadas, merece destaque a voltada à atenção integral à saúde indígena que, por determinação constitucional, é de competência exclusiva da União.

Mais recentemente, em março de 2006, dentro das novas diretrizes de condução do SUS foram pactuadas prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Com esse objetivo foram pactuadas ações necessárias para o alcance de metas em seis áreas prioritárias: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da atenção básica.

Partindo do contexto geral, o momento atual do sistema de saúde no Brasil evidencia mudanças nas participações público e privada. E, assim, estimula a reorganização institucional das relações entre essas instâncias, na área da saúde, em consonância com as transformações das funções e do papel do Estado.

O presente estágio dos sistemas de saúde caracterizam-se pela introdução de mecanismos de mercado na provisão de serviços; pelas proposições de renúncia do Estado à responsabilidade por essas funções e pelo fortalecimento da participação da oferta e das despesas privadas em saúde.

O aumento do gasto privado dá-se tanto através do desembolso direto quanto da expansão dos planos e seguros privados.

Os sistemas de saúde são compostos por distintos modelos de gestão de riscos, distribuídos entre Estado, mercado e família. O antigo sistema de proteção social pode ser definido como uma imensa rede de socialização do risco, cuja política de solidariedade implica mecanismos de divisão dos riscos dos seguros entre grupos e classes sociais.

A tendência contemporânea de fortalecimento da esfera de mercado, classes sociais, a diversificação da demanda em saúde, além do impacto do próprio processo de reforma no setor, induziram uma reorientação das funções e responsabilidades do Estado, do setor privado e dos usuários. O estado passou a ter novas atribuições, como as de regulação, controle e avaliação e ampliou-se a participação de mercado e da família na produção, gasto e no financiamento do sistema de saúde. Essas mudanças compõem uma (re)institucionalização da relação público-privado.

No plano atual da oferta, o sistema de saúde brasileiro é composto, principalmente, por serviços privados. E constitui-se num dos maiores mercados de compra e venda e serviços de saúde no mundo. Essa realidade forçou a separação, em nosso país do financiamento e provisão desses serviços antes mesmo que esta recomendação fosse incluída na de reformas do sistema sanitário.

Esse grande mercado privado – profissionais médicos, ambulatorios, hospitais, serviços diagnóstico-terapêuticos, laboratórios – vende serviços de saúde tanto para o setor público como para os planos e seguros privados.

Atualmente, após as políticas de fortalecimento do modelo público da década de 80, o setor público mantém seu ritmo de expansão juntamente como o setor privado.

O crescimento simultâneo desses dois modelos fomentou um falso paradoxo, baseado numa falsa dicotomia: por um lado, a expansão dos planos privados justificava-se pela insuficiência do sistema público, do SUS; por outro lado, o avanço das políticas de tendência neoliberal, seria a causa da substituição do sistema público pelo de mercado e assim estaria confirmada a hipótese de que as insuficiências do sistema público e o processo de concentração de renda – inerente às políticas neoliberais – explicariam o crescimento da oferta e despesa privada.

As hipóteses a verem no antagonismo entre o SUS e os planos privados de saúde o único determinante do mosaico político e institucional do sistema de saúde brasileiro, ainda orientam parte dos discursos e das ações destinadas a regular as relações entre as esferas pública e privada.

A coexistência de dois sistemas distintos de saúde é viável. No entanto, é comum expressões como “só fica no SUS quem não tem recursos para comprar um plano” ou “quem pode pagar tem plano de saúde; então, o SUS pode cuidar melhor dos pobres”, expressões que pressupõe a existência de uma barreira entre as duas redes assistenciais. Sob esta acepção, o único ponto de contato dessas duas realidades seria a oferta de tecnologias sofisticadas, de que, estabelecimentos públicos por vezes também dispõem.

O fato é que o SUS real está ainda muito longe do SUS idealizado na Constituição de 1988, ou seja, há uma enorme distância entre o sonho dos constituintes e dos mentores da reforma sanitária brasileira, de um lado, e a prática social de nosso sistema público de saúde, de outro. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito do cidadão e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado.

Dessa forma, vem se conformando no País, um sistema de saúde onde convivem três grandes subsistemas : o SUS, o subsistema público, destinado a 150 milhões de brasileiros; o subsistema privado de atenção médica suplementar, destinado potencialmente a 40 milhões de brasileiros que pagam, por si ou através de empregadores, diferentes operadoras de planos de saúde; e o subsistema privado de desembolso direto, ao qual recorrem os

brasileiros, ricos e pobres, para a compra de serviços através de pagamento direto das pessoas ou famílias.

Essa incoerência entre o ideal constitucional e a realidade cotidiana coloca o dilema seminal do SUS, que é: instituir-se como um sistema público de saúde para todos os brasileiros ou como um segmento destinado ao atendimento das camadas pobres de nossa população?

Essa situação coloca para o nosso país a opção entre dois grandes modelos de saúde universais: o modelo público universal, praticado em sociedades que se conformaram como projetos democráticos sociais ou o modelo segmentado, calçado em valores individualistas e de mercado.

O modelo segmentado seria justificado, tal como se faz no Brasil, por um argumento de senso comum, de que ao instituírem-se sistemas privados para quem pode pagar por serviços de saúde, sobrariam mais recursos públicos para dar melhor atenção aos pobres. As evidências mostram que esse raciocínio é bem intencionado, mas totalmente equivocado. Ao criar-se um subsistema público especial para os pobres, dada a pouca capacidade desses grupos articular seus interesses e de vocalizá-los politicamente, esse subsistema tende a ser sub-financiado e a ofertar serviços de menor qualidade.

Essa questão do financiamento público da saúde decorre da visão de que sistema de saúde se quer implantar (qual SUS?) e se materializa, na governança pública, na luta entre as correntes universalistas e focalistas das políticas de saúde. Os universalistas pretendem dar acesso a todos os brasileiros – independentemente de gênero, classe social, etnia ou risco-, a serviços medicamente necessários, contribuindo, dessa forma, para a inclusão social e para o desenvolvimento do capital social, o mais escasso dos capitais acumulados pela sociedade brasileira. Neste caso, os subsistemas privados, especialmente o subsistema de planos de saúde, deveriam ser efetivamente suplementares. Na perspectiva universalista, será fundamental aumentar, significativamente os gastos sanitários públicos. Ao contrário, os focalistas entendem que o papel do Estado na saúde é proteger os segmentos mais pobres da população concentrando, neles, os gastos públicos em saúde. Isso pode ser obtido com menos recursos públicos e com a segmentação do sistema de saúde. E os subsistemas privados constituem-se, neste caso, como subsistemas substitutivos do público para os não pobres.

A solução desse dilema – segmentação ou universalização – não pode ser dada nos limites da técnica das soluções. Diferentemente, envolve uma opção política a ser feita pelo conjunto da sociedade brasileira que, ao fim, estará decidindo que sistema de saúde quer e como vai financiá-lo. Porque é nos sistemas de valores prevaletentes em nossa sociedade que esse dilema se resolverá. Então a questão de fundo está sobre que valores se estruturará a sociedade brasileira: se em valores individualistas ou auto-interessados, o que levará à consolidação do SUS como segmento para os pobres, ou se em valores solidaristas, o que conduzirá o SUS para um sistema público universal. Uns e outros valores, formatarão o SUS do futuro. E a sociedade brasileira não fez uma opção definitiva nesse campo.

Infelizmente o SUS vem perdendo a batalha na comunicação com a sociedade brasileira. Contraditoriamente, em função de seu próprio sucesso como subsistema dos pobres, o SUS foi retirado das prioridades sociais agudas, como ocorre hoje, com a segurança pública. E os seus sujeitos privilegiados, os pobres, não dispõem de organização política para reivindicar mais recursos para a saúde. A consequência é que a utopia de nossos sanitaristas e de nossos constituintes vem se transformando no pesadelo da segmentação.

Fontes de financiamento do Ministério da Saúde – impactos com o fim da CPMF.

A CPMF surgiu em 1997 já como a principal fonte de financiamento do Ministério da Saúde. Atingiu 37% de participação no ano seguinte e, após algumas flutuações, no último triênio financia em torno de 30% do total dos gastos do MS. (vide tabela)

Mas em 13 de dezembro de 2007, o Senado aprova o fim da CPMF. Ainda é cedo para fazer uma avaliação precisa sobre seus impactos, mas pode se dizer que é uma decisão dura para as políticas sociais. Foram retirados R\$ 40 bilhões dos programas sociais, da saúde e de programas que também previnem as doenças, como o Bolsa Família".

A área mais sensível à suspensão da CPMF, no entanto, é a Saúde. Criado justamente para reforçar os cofres do Ministério da Saúde, a contribuição é considerada essencial para o funcionamento da rede pública de saúde. Segundo a assessoria do ministério, mais de 35% do orçamento de R\$ 44 bilhões para 2007 vieram do imposto.

Os valores são integralmente repassados para os estados e municípios. Ainda segundo o ministério, nos estados, cerca de 85% dos atendimentos em saúde nos estados são feitos graças à contribuição, que também custeia todos os exames realizados na rede pública de saúde.

Em entrevista ao programa *A Voz do Brasil*, o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, disse que, embora não exista risco de colapso no sistema de saúde pública brasileiro devido ao fim da CPMF, os recursos previstos para o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) para a Saúde estão comprometidos.

Segundo o ministro, o governo previa investir cerca de R\$ 24 bilhões na expansão de serviços, medicamentos, incorporação de novas vacinas, extensão do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu) para todo o Brasil, conclusão de construção de novos hospitais e policlínicas, programas de saúde do idoso, entre outros projetos. A meta de aumentar em 50% o número de transplantes realizados no sistema público de Saúde também está comprometida, segundo porque estava ligada a recursos do PAC.

No início de novembro, ao defender a prorrogação da CPMF, Temporão afirmou que 85% das despesas de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) são custeadas com recursos da contribuição. O Ministério da Saúde divulgou em seu *site*, no fim de novembro, uma tabela (reproduzida abaixo) com o número de atendimentos possibilitados pela CPMF.

ATENDIMENTOS EM SAÚDE COM RECURSOS DA CPMF - BRASIL - 2006

Especificação	Número de atendimentos
Consultas especializadas	71.224.731
Exames Patologia clínica	348.877.877
Raio-x	45.704.865
Ultrassom	10.913.861
Tratamento de câncer	8.958.367
Hemodiálise	9.334.294
Doenças cardíacas e vasculares	997.405
Doenças respiratórias e pulmonares em adultos	734.077
Doenças respiratórias e pulmonares em crianças	518.575
Partos normais e cesarianas	2.144.777
Transplantes	10.920
Procedimentos associados a transplantes	18.134
Outros atendimentos ambulatoriais	342.566.099
Outras internações	7.085.929
Total Produção	849.089.911

Fonte: Ministério da Saúde

A tabela a seguir mostra as principais fontes de recursos do MS e como a participação dessas fontes varia ao longo do período. A primeira constatação que pode ser feita, a partir da tabela abaixo, é que as participações relativas das diferentes fontes no financiamento das despesas do Ministério da Saúde não apresentam um padrão estável, ocorrendo flutuações intensas na distribuição entre elas. Só a partir de 2000 percebe-se maior estabilidade, com variações mais sutis na sua composição.

As contribuições sociais, tomadas no seu conjunto, são responsáveis por parcela maior do financiamento do MS. A participação relativa dessas fontes no gasto total do MS oscilou entre os 63% de 1996 e os 88% de 2005 (ver tabela abaixo). A Cofins e a CSLL – apresentam trajetória errática: no início do período analisado atingiam, respectivamente, 49% e 20% do total da despesa, caindo, a partir daí, até 1999. A Cofins, após elevar sua participação nos anos de 2000 e 2001 para um patamar próximo a 40%, atingiu o seu menor nível de participação em 2002 e 2003 – em torno de 20% –, atingindo 25% em 2004, sofrendo nova queda em 2005. A CSLL realizou um movimento contrário nos últimos anos: depois de apresentar a menor participação no ano de 2001 – apenas 7,1% – aumentou fortemente sua importância, atingindo patamares inéditos de participação – 32,7% em 2004 e 39,7% em 2005.

Ministério da Saúde – Distribuição Percentual das Fontes de Recursos – 1995-2005

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Recursos Ordinários	3,2	0,2	1,0	10,8	14,7	5,2	14,3	10,3	13,1	7,1	4,8
Títulos Resp. Tesouro Nacional	2,6	3,3	2,8	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	0,5	0,0	0,0
Operações Crédito Internas	7,6	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Moedas											
Operações Crédito Externas	1,1	0,9	0,5	1,1	1,4	2,6	2,1	1,8	1,1	0,7	0,7
– Moedas											
Recursos Diretamente Arrecadados	2,4	2,5	2,4	2,6	3,5	3,2	3,1	2,6	2,3	2,2	2,3
Contribuições Sociais	69,4	63,4	73,1	71,1	62,5	81,5	74,1	78,7	80,9	87,2	88,2
Contrib. Social Lucro PJ	20,2	20,8	19,3	8,0	13,3	12,3	7,1	23,5	27,4	32,7	39,7
Contrib. Social p/ Financ. Segurjd. Social	49,2	42,6	25,9	26,0	26,6	37,7	39,5	19,2	21,1	25,1	19,2
Contrib. Prov. s/ Mov. Financeira	0,0	0,0	27,8	37,1	22,6	31,5	27,6	36,0	32,4	29,4	29,3
Fundo de Estabilização Fiscal	12,0	17,7	19,5	13,3	14,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	1,7	0,0	0,9	0,3
Demais Fontes	1,8	3,7	0,7	0,7	3,0	6,8	1,2	3,5	2,2	1,9	3,7
Total	100,0										

Fonte : Relatório Políticas Sociais – IPEA (2006)

Portanto, essa monografia procurou mostrar que a reforma do sistema de saúde liga-se a um conjunto de reformas mais amplas que afetam a economia e o Estado brasileiro. Diversamente das reformas anteriores, realizadas em contexto autoritário, estas reformas são lentas porque requerem muita negociação para vencer a resistência de determinados grupos de interesses organizados bem como os conflitos no interior da burocracia (Ministério da Saúde vs. Ministério da Fazenda). As reformas somente se aceleram quando as condições estão mais amadurecidas.

Tentando sistematizar podemos afirmar que a reforma no setor de saúde nos anos 90 decorre da(s):

- (1) políticas de ajuste estrutural;
- (2) dos constrangimentos externos, como as políticas propostas pelo Banco Mundial e os acordos assinados como o FMI;
- (3) políticas relacionadas à estabilidade monetária (Plano Real), a partir de 1994;
- (4) mudança do referencial das políticas de saúde, com a maior ênfase na deregulação e no setor privado;
- (5) mudanças no interior do Estado (política de descentralização do SUS; agências reguladoras para as indústrias farmacêuticas e para os planos de saúde), visando melhores preços e satisfação do consumidor.

Em decorrência da reforma do Estado, há uma separação entre a política de previdência e a de saúde, ligadas até 1988. Neste momento, a partir da nova Constituição, o INAMPS, que era ligado à Previdência, passa para o Ministério da Saúde.

Existe uma mudança na atribuição de responsabilidades, em proveito do sistema de saúde. O Estado não quer mais ser o único provedor dos serviços de saúde, mas também não se propõe a garantir o “livre-mercado” para o setor privado. Por outro lado, os avanços tecnológicos trazem novos tipos de serviço para o mercado, assim como novas formas de gestão financeira e gerencial para as empresas privadas, que procuram a redução de custos frente ao aumento da concorrência.

Uma outra grande mudança no mercado privado de saúde é determinada pelas fusões e aquisições de empresas e a financeirização dos empreendimentos. A financeirização favorece a constituição de conglomerados seguros/serviços sobre a égide do capital financeiro. Na medida em que cresce a participação do setor privado frente à ação governamental no campo da saúde, modifica-se a estrutura financeira do setor (de captação exclusiva do Estado para uma ação mista, com captação pública e privada).

O aspecto financeiro dos negócios de saúde tende a tornar-se o aspecto principal, com respeito à prestação do serviço. Isto faz com que a privatização da cobertura deste risco para as parcelas mais bem dotadas da população seja o interesse principal do capital, no setor. Há, por conseguinte pressões para o enfraquecimento concomitante do Estado, enquanto principal determinante da dinâmica do setor saúde, através da redução do financiamento público.

A mundialização financeira e o enfraquecimento dos Estados nacionais, aliada a notável concentração de capital nos países centrais, repercutem, possivelmente, sobre as características dos mercados de seguros e serviços de saúde no Brasil, tendendo a concentração e participação crescente de empresas multinacionais.

Cabe a nós refletir sobre as causas da mudança nas esferas público-privada na política de saúde no Brasil. Seria a crise conjuntural, fruto do esgotamento do modelo econômico que prevaleceu nos anos 90, aliado ao quadro recessivo dos países centrais, particularmente, dos Estados Unidos? Ou seria estrutural, pelo esgotamento da demanda, em face da concentração da renda e das dificuldades de expansão do emprego formal, pela reestruturação produtiva e pela heterogeneidade estrutural da economia brasileira?

Certamente as opiniões, aqui, se dividem. Quanto a nós, tudo o que consideramos neste trabalho sobre os cenários de desenvolvimento da conjuntura não são otimistas: mediocridade de expansão da riqueza, concentração, agravamento das condições materiais de vida de amplas parcelas da população, concorrência mais acirrada entre os oligopólios mundiais pelas dificuldades de realização, constrangimentos das economias periféricas, aumento dos conflitos armados interimperialistas, acirramento da luta de classes.

Acredito que o aprofundamento da democracia em nosso país dependerá cada vez mais do papel preponderante que deve ser assumido pelo Legislativo, em detrimento do atual arsenal decisório acumulado pela Presidência da República, com destaque para o instrumento das medidas provisórias – uma herança dos decretos-lei da ditadura militar.

Mas a democracia política e social somente se consolidará na medida em que se garanta ao conjunto da população o acesso a um sistema público de saúde eficiente e de qualidade. Trata-se de direitos básicos constitutivos da cidadania.

Quanto ao setor privado de saúde, somente uma efetiva regulação estatal poderá garantir que esses serviços, definidos constitucionalmente como dever do Estado, não sejam entendidos como um simples negócio capitalista, no qual a saúde assume a condição de uma mercadoria. O papel suplementar da saúde privada, portanto, depende diretamente da estruturação do sistema público, permitindo assim a oferta alternativa de serviços. Da forma como se apresenta o quadro da saúde hoje no Brasil, os serviços privados aparecem

no horizonte como uma opção de sobrevivência, como a saída possível para um sistema público que não funciona.

Por fim, deve se destacar que a democracia depende também do nível de participação da sociedade civil organizada na gestão dos bens públicos. A exigência de transparência nas administrações públicas e nas discussões e decisões políticas transformam-se num imperativo da democracia, sem a qual se acentuará ainda mais a perda de credibilidade em instituições como o Congresso, as eleições e os partidos políticos. A reforma do Estado deve significar, portanto, o aprofundamento da sua democratização efetiva, o seu controle pela maioria dos cidadãos.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMGE (1991) "Abramge – 25 anos", medicina social. Edição especial, dezembro.

_____ (1998) "Informe de imprensa". In: [HTTP://www.abramge.com.br](http://www.abramge.com.br) (dezembro)

ANDREAZZI, M.F.S. (1991) *O seguro saúde privado no Brasil*. [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

ABRANCHES, Sergio Henrique (1985) *Os despossuídos: crescimento e pobreza no país do milagre*, Ed. Rio de Janeiro.

ARRETICHE, M T DA SILVA (1995) *Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas*. BIB, 39: 3-40.

BRESSER PEREIRA, Luis Carlos (1997) *A Reforma do aparelho do Estado e a Constituição brasileira*. Brasília: IPEA (Textos para Discussão, 1)

BUSS, Paulo Marchiori (1995) *Saúde e desigualdade: o caso do Brasil*. Hucitec/FIOCRUZ, São Paulo/Rio de Janeiro.

CALMON, Paulo Du Pin (1999) A Política Orçamentária no primeiro governo de FHC, *Políticas Públicas Sociais*, 17-27, Brasília.

CHECCHIA, Cristiana Maria de Abreu (1996) *Assistência médica como um benefício nas empresas*. FGV (Dissertação de mestrado).

COHN, Amélia (2000) As políticas sociais no governo de FHC. *Tempo social* n.11: 183-197.

CORDEIRO, David (1984) *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Graal, Rio de Janeiro.

_____ (1991) *Sistema Único de Saúde*, Rio de Janeiro.

COSTA, Nilson do Rosário (1996) Inovação política e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90. pp. 479-511.

DINIZ, Eli & Lima Junior, Olavo Brasil (1986) *Modernização autoritária: o empresariado e a intervenção do Estado na economia*, IUPERJ, Rio de Janeiro.

DRAIBE, Sônia Miriam (1985) *Rumos e metamorfoses: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas da industrialização no Brasil 1930-60*. Paz e Terra, Rio de Janeiro.

_____ (1994) As políticas sociais do regime militar brasileiro: 1964-84.

_____ (1995) *Repensando a política social: dos anos 80 ao início dos 90*. In: *Lições da década de 80*. Editora da Universidade de São Paulo. 201-221.

_____ (1997) A política social na América Latina: o que ensinam as experiências recentes de reformas? In: Eli Diniz & Sergio Azevedo (orgs). *Reforma do Estado e democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. ENAP/UnB, Brasília. 213-258.

ELIAS, Paulo Eduardo (1997) Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. *Lua Nova* 40/41: 193-215.

FALEIROS, Vicente de Paula (1992) *O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores*. Cortez, São Paulo.

FADUL, Wilson (1992) *Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde*. Prefeitura Municipal/Secretaria de Saúde, Niterói.

FAVERET FILHO, Paulo & OLIVEIRA, Pedro Jorge de (1990) A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Dados* 33, p. 257-283.

FENASEG (1999) *Atividade seguradora no Brasil – financiamentos, história, regulamentação e política*, FENASEG, Rio de Janeiro.

GIOVANNI, Geraldo Di & PRONI, Marcelo W. (2006) Metamorfose do Estado, proteção social e cidadania. In: *Economia e Proteção Social: textos para estudo*, dirigido. Organização: Claudio S. Dedecca & Marcelo W. Proni. Ministério do Trabalho e Emprego; Unicamp.IE. 161-179.

GIFFONI, R. M (1981) *Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convênio com a Previdência Social*. Universidade de São Paulo (Dissertação de Mestrado).

GONÇALVES, Paulo (2004) Jornal “A Nova Democracia”.

GUERRA, Lucyneles Lemos (1998) *Estratégia de serviços das empresas que operam planos/seguros de saúde no Brasil: cooperativas, empresas de medicina de grupo e seguradoras*. Funenseg, Rio de Janeiro.

IPEA (2006) *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Boletim: Saúde. In: <http://www.ipea.gov.br>

JATENE, Adib (1997) Onde foi parar o dinheiro da saúde. *Veja*, 22/10/1997.

KORNIS,G.E.M; NUNES, Eduardo Pereira & CAETANO, Rosângela (2000) Estimativa dos gastos nacionais com cuidados de saúde: a contribuição das contas satélites de saúde. ANS, Brasília. (Nota Técnica 9).

LEITÃO, Miriam (1999) Plano de Mudanças. *O Globo*, 14/11/1999.

LESBAUPIN, Ivo (2000) Poder local x exclusão social: a experiência das prefeituras democráticas no Brasil. Vozes, Petrópolis.

LEOPOLDI, M. A. P. (1992) Burocracia, empresariado e arenas decisórias estratégicas: trajetórias do neocorporativismo no Brasil (1939 a 1955). 74-101.

LEWIS, Maureen & MEDICI, André (1998) Health care reform in Brazil. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh. pp. 267-291.

LOPES, J. B. (1992) *Brasil, 1989: um estudo sócio-econômico da indigência e pobreza urbanas*, NEEP/UNICAMP, Campinas.

MÉDICI, André César (1995) O crescimento dos gastos com saúde e as formas de racionalização. In _____ *Economia e financiamento do Setor Saúde no Brasil*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP.

MELO, Marcus André B. C. de (1993) *Anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República*. 119-163.

NEEP (1985) *Relatório sobre a situação do país*. Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas/ UNICAMP, Campinas.

OLIVA-AUGUSTO, Maria Helena & COSTA, Olavo Viana (2000) Entre o público e o privado: a saúde hoje no Brasil. 199-217.

OPAS/OMS (1998) *A Saúde no Brasil*. OPAS/OMS, Brasília.

PEREIRA, Carlos (1996) *A Política Pública como Caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira – 1985-1989*.

PNUD (1996) *Relatório sobre o Desenvolvimento Humano*. PNUD/IPEA, Brasília.

POSSAS, Cristina de A. (1995) A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: Catalina Eibenschutz (org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 49-65.

REZENDE, Fernando; CASTANHAR, José César & DIAZ, Edgar Acosta (1982) Os custos da Assistência Médica e a Crise Financeira da Previdência Social. 25-43.

SANTOS, WANDERLEY G DOS (1994) *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Campus, Rio de Janeiro.

SILVA, Ari de Abreu (1997) *A predação do social*. EDUFF, Niterói.

TEIXEIRA, Aloísio (1995) Em defesa da seguridade e da Constituição de 88. *Monitor Público*, 6: 15-17.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho (1996) *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*, Editora UNESP, São Paulo.