Capítulo 5

O Sistema de Saúde brasileiro

Marconi do Ó Catão

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CATÃO, MO. *Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. O Sistema de Saúde brasileiro. pp. 169-210. ISBN 978-85-7879-191-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Capítulo 5

O Sistema de Saúde Brasileiro

Genealogia Institucional

No decorrer da história, os avanços e conquistas no campo dos direitos sociais foram alcançados juntamente ao exercício político da democracia, sendo que esta consolidação entre nós parece não ter alcançado a dimensão social da cidadania. Contudo, esses direitos modernos devem ser compreendidos como decorrência dos movimentos de ampliação dos próprios limites da cidadania, em torno daquelas esferas e relações sociais que a sociedade procura colocar fora das leis do mercado.

Com relação ao setor de saúde, o processo de massificação do atendimento médico, bastante evidenciado nos setores urbanos na década de setenta do século XX, é visto como uma necessidade às exigências econômicas do momento; consequentemente, ocorreram várias conexões e influências da economia, do mercado de trabalho e do mecanismo de acumulação de capital sobre os aspectos institucionais dessa área. Mas, as análises críticas que surgiram nesse período acabaram por negar a complexidade que marcou o processo

de inclusão de assistência médica na agenda pública, pois, em geral, os serviços médico-hospitais respondiam a uma demanda social legítima e, dessa maneira, um direito da população ficava subsumido diante de uma interpretação unilateral das políticas de saúde. Então, foi bastante comum considerar, a partir dessa interpretação, a expansão dos cuidados médicos como uma tentativa de remediar o agravamento das condições de vida e saúde da população.

Na década de oitenta do século passado, com a consolidação de espaços institucionais mais democráticos e participativos, no Brasil é verificado um grande crescimento dos programas e benefícios sociais; porém, a complexidade administrativa destes, juntamente com os diversos interesses envolvidos no processo decisório, passam a exigir uma maior análise no que diz respeito à dimensão da cidadania.

Realmente, com a conquista e extensão do direito social à saúde, os serviços médicos transformaram-se em bens de consumo coletivo, inscrevendo-se, então, no elenco dos direitos fundamentais estabelecidos na Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, a célebre frase: “*saúde como direito de cidadania e dever do Estado*”, tão utilizada pelo *Movimento da Reforma Sanitária*, reafirma, entre outras dimensões, o *direito da população à assistência médica*. Entretanto, é importante ressaltar que não foi intenção do projeto sanitário reduzir a saúde à dimensão assistencial, médica, curativa e individual; visto que, muito pelo contrário, a denominada ampliação da concepção da saúde incluindo inúmeras práticas, vivências, sentidos, percepções e necessidades foi suficientemente clara no pensamento da saúde coletiva no nosso país.

Em geral, nas sociedades capitalistas modernas, a saúde transformou-se em um bem de consumo diretamente associado à disponibilidade de recursos médicos; assim, o conceito de saúde expresso no *Movimento de Renovação do Projeto Sanitário* acaba por diluir a dimensão propriamente assistencial da política de saúde.

Nessa ótica, o vigente texto constitucional brasileiro significa um grande avanço no que se refere a uma concepção ampla de seguridade social, diferente daquela anteriormente prevalecente, entendida como um seguro social e se resumindo as formas de benefícios e prestações de serviços bem específicos. Portanto, a atual noção de seguridade social procura alcançar um conjunto de ações visando garantir o acesso à saúde e à previdência e assistência sociais, reiterando estes direitos como universais.

De fato, é indiscutível a evolução da atual Carta Magna com relação aos direitos sociais e especialmente à saúde. Contudo, impõe-se agora superar tradicionais *dicotomias*¹ no setor de saúde, entre o universal e o particular, o público e o privado, o preventivo e o curativo, o rural e o urbano, o carente e o não-carente, a assistência médica previdenciária e a não-previdenciária e, enfim, entre o discurso e a prática das políticas de saúde.

Em conformidade com o que foi apresentado, um questionamento básico que se coloca na conjuntura contemporânea consiste em indagar até que ponto os diferentes setores sociais, principalmente os segmentos mais pauperizados da nossa sociedade, alcançam a real amplitude do art. 196 da atual Constituição Federal – “A saúde é um direito de todos e dever do Estado” – ou fazem uma leitura reducionista do texto constitucional, entendendo a saúde como mera assistência médica. Logo, impõe-se reconsiderar o que se convencionou chamar de Reforma Sanitária Brasileira, em termos de limites e potencialidades de uma efetiva aplicabilidade do direito social à saúde.

1 Encontramos uma excelente abordagem sobre essas “*dicotomias*”, no trabalho da professora *Amélia Cohn*, cujo capítulo intitulado “As heranças da saúde: da política da desigualdade à proposta de equidade”, traz uma síntese das dicotomias dentro do setor de saúde no Brasil. COHN, Amélia. et al. **A saúde como direito e como serviços**. 3.ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2002. p.14-22.

Nesse sentido, é pertinente lembrar que a ação do Estado no âmbito da política social não tem acarretado alterações objetivando o pleno reconhecimento da cobertura social como direito de todos, responsabilidade coletiva e obrigação irrecusável do serviço público. De modo que não rompe com a concepção segundo a qual o direito da cidadania é visto como privilégio de uns poucos e concessão do Estado; e, por conseguinte, não supera a principal característica da relação entre Estado e classes populares: o reconhecimento de um modelo de “*cidadania regulada*”.² Em outras palavras, resulta em um processo no qual os próprios direitos da cidadania ficam sujeitos ao controle da administração burocrática, que estabelece condições básicas, distinguindo quem tem ou não direitos, a partir de critérios que vão desde a regulamentação das profissões até a existência da carteira de trabalho e a filiação a um sindicato. Então, a “*cidadania regulada*” traduz a vinculação, expressa nas normas previdenciárias, entre cidadania e ocupação, reconhecendo-se como cidadãos somente aqueles que apresentam uma das ocupações admitidas e definidas por lei.³

Ressalte-se que o sistema previdenciário surgiu como uma nova estratégia de intervenção do Estado, tendo, inclusive, sido concebido o projeto de centralização administrativa dos órgãos previdenciários; sendo que o regime militar ficou responsável pela reformulação de toda a estrutura institucional, administrativa e financeira da previdência social, possibilitando então a unificação dos benefícios e sua posterior ampliação, como também permitiu a inclusão de novos segmentos da população. Nessa ação do Estado, a grande dimensão da estrutura administrativa de *proteção social*, na qual a previdência estava inserida, evidencia o uso privatizado

2 SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979. p.74-78.

3 SANTOS, 1979, p. 79.

do sistema, com predomínio de grandes grupos privados, redefinindo internamente as políticas setoriais. Assim, foi essa particular associação entre estatismo e privatização que possibilitou ao regime militar fazer gestões de demandas sociais de grande porte, tais como: habitação, saneamento, assistência médico-hospitalar, entre outras, aumentando bastante a oferta desses bens e serviços.

Sem embargo, o regime militar conseguiu a expansão dos benefícios previdenciários e ampliou o volume dos serviços prestados; mas, no caso da assistência médica, esta questão foi “pensada como uma atribuição central e permanente” das instituições previdenciárias desde sua origem, assumindo, após a década de trinta do século passado, uma posição subordinada.⁴

Em suma, as políticas de saúde, no Brasil, exteriorizam-se pelo seu vínculo com as políticas da previdência social, especialmente no que se refere à sua forma de financiamento a partir da contribuição do empregado e do empregador; portanto, em nosso país, o acesso à assistência à saúde como um direito típico das classes assalariadas foi sempre vinculado à previdência. Além do mais, a organização do setor de saúde, em consequência dessa relação, apresentou um processo de privatização das atividades de assistência médica que teve início com o credenciamento de serviços médicos privados pela estrutura previdenciária, tendo isso acontecido já no decênio de vinte do século passado. Consequentemente, reconstruir o percurso do sistema de saúde até o momento atual implica em rastrear a formação do modelo de proteção social brasileiro, enfatizando as suas principais características nos diferentes momentos históricos, bem como analisando a sua articulação com as políticas públicas.

4 OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. A. **(im)previdência social** (60 anos de história da previdência no Brasil). Petrópolis: Vozes, 1986. p.90-91.

No Brasil, a intervenção do Estado na área do seguro social para assalariados urbanos do campo privado teve início em 1919, com a instituição do *Seguro de Acidentes do Trabalho*. Já na década de vinte do século XX, houve a criação das *Caixas de Aposentadorias e Pensões* (CAPs), sendo esta a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. Assim, as CAPs foram organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tendo como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes; ademais, elas eram consideradas entidades públicas com ampla autonomia com relação ao Estado e sua administração era através de representação direta de empregados e empregadores, com uma finalidade exclusivamente assistencial, ou seja, benefícios em pecúnia e prestação de serviços.

Com efeito, os recursos das CAPs tinham origem na contribuição compulsória de empregados, de empregadores e da União; sendo que o Estado instituiu e normatizou essa forma de seguro social, mas não participava diretamente do seu gerenciamento. De maneira que foi nesse período a definição dos principais aspectos que caracterizam até os dias de hoje o sistema previdenciário brasileiro.

No decênio de trinta do século passado é evidenciada, no Brasil, a formação dos *Institutos de Aposentadorias e Pensões* (IAPs), que foram responsáveis pela institucionalização do seguro social, através da fragmentação das categorias assalariadas urbanas por inserção nos setores de atividade econômica (marítimos, comerciários, bancários, industriários, entre outros). Esses institutos, agora transformados em autarquias, passam a ser administrados pelo Estado, com o mesmo modo de financiamento das CAPs, apenas com a diferença de que a contribuição patronal a ser paga era calculada com base no salário pago. Durante o período de 1933 a

1938, as CAPs foram unificadas e absorvidas pelos IAPs, sendo estes juridicamente concebidos como entidades públicas⁵; contudo, os IAPs continuaram convivendo ainda por vários anos com as CAPs, remanescentes em várias empresas, permanecendo essa situação até 1966, quando todo o sistema previdenciário é unificado no *Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)*.

Mas, no que tange ao modo de funcionamento, verificou-se um retrocesso dos IAPs com relação às CAPs, tendo em vista que a partir de então a contribuição dos empregadores, que era um percentual sobre o faturamento da empresa, passa a ser calculada levando em consideração a sua folha de remuneração de trabalho prestado; logo, a receita dos institutos ficou diretamente vinculada aos salários.⁶ Saliente-se que tal situação só foi equalizada com a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu no inciso I do art. 200 que a contribuição dos empregadores deve incidir sobre o faturamento, o lucro e a folha dos salários, resgatando de certo forma o modelo das CAPs.

Com os fenômenos de industrialização e urbanização, foram verificadas inúmeras transformações na sociedade brasileira; no campo da saúde, os serviços previdenciários vão gradativamente sendo cobrados pela demanda dos trabalhadores assalariados urbanos, sem outra opção de serviço médico, quer estatal, quer privado, à exceção de uma rede de estabelecimentos de natureza filantrópica e de uma carente rede pública hospitalar. No período conhecido como “*democrático*” (entre 1945 e 1964) ocorreram pressões para a

5 COHN, Amélia. A saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: _____; ELIAS, Paulo Eduardo. (orgs). **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. 5.ed. São Paulo: Cortez/ CEDEC, 2003. p. 16-17.

6 COHN, Amélia. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 16.

ampliação dos benefícios e serviços previdenciários, como também para a inclusão da assistência médica no rol das prestações pecuniárias asseguradas pelo seguro social; com efeito, nessa época, a oferta de serviços médicos constitui a principal preocupação da política previdenciária, seguindo orientação do governo federal.

Nessa realidade política, *Oliveira e Teixeira*⁷ destacam que “ocorre um amplo processo de construção e compra de hospitais, ambulatorios e equipamentos médicos, por parte de cada um dos institutos [...]”; de forma que ampliar a oferta de serviços médicos representava, sobretudo, uma estratégia política. Assim, observamos uma tendência, já em andamento, de considerar a expansão da assistência médica como benefício do sistema previdenciário, em resposta à reivindicação dos trabalhadores; tendo isso se revelado através da inserção da assistência médica individual na pauta de negociação dos principais sindicatos da época. Portanto, é simples entender que nesse período a proteção médico-hospitalar segue a lógica da “*cidadania regulada*”, pois fica praticamente restrita aos trabalhadores urbanos e sindicalizados, como já destacamos.

Assim, torna-se possível compreender por que a assistência médica, tal como as demais garantias sociais, constitui-se em um direito restrito a uma minoria de trabalhadores urbanos, vinculados formalmente ao mercado de trabalho; de fato, fica evidente que nessa conjuntura a grande maioria da população trabalhadora é destituída da categoria de trabalhador com carteira assinada e, por conseguinte, permanece quase que totalmente na dependência dos serviços e atendimentos médicos filantrópicos ou das carentes instituições da rede pública. Nesse período, o acesso regular aos serviços médico-hospitalares é garantido apenas a um segmento muito resumido da população urbana brasileira.

7 OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. A (im)**previdência social** (60 anos de história da previdência no Brasil). Petrópolis: Vozes, 1986, p. 182-183.

Certamente, é nesse contexto que surge o modelo da política previdenciária brasileira, cujos traços principais são a *centralização e o burocratismo*; além disso, é constatado que essa estrutura vai se afastando de seus objetivos enquanto seguro social, devido a ausência do controle dos trabalhadores sobre as instituições, transformando-se em um poderoso instrumento econômico e político. Mas, muito embora essa organização permaneça até os primeiros anos da década de sessenta do século passado, é a partir de 1946 que ela vai se transformar em um forte mecanismo de aproximação entre as classes assalariadas e o poder instituído, por meio das mobilizações dos trabalhadores na busca de novas formas de organização; sendo desse modo que o controle da Previdência Social passa a ser um relevante elemento de reivindicação desses setores. Realmente, evidencia-se a politização da questão previdenciária, através de uma disputa entre o Estado e os trabalhadores, pois enquanto aquele defende a permanência de suas características clientelísticas e resiste a qualquer tipo de controle pleiteado, principalmente pelos setores assalariados urbanos, estes reivindicam o seu controle, em virtude de serem os legítimos financiadores.⁸

Em uma análise sumária, no período de 1930 até aproximadamente 1965, verifica-se, no país, a vinculação entre um processo de desenvolvimento econômico e um conjunto de políticas sociais, cujo ponto principal reside na previdência social, que tem como característica fundamental a articulação da política do seguro social, advinda da necessidade de investimentos do Estado em setores básicos da economia que permitissem sustentação ao processo de industrialização e urbanização.

O sistema de proteção social obedece a uma lógica econômica que se sobrepõe à sua dimensão política. Na situação da saúde, estabelece-se uma cisão entre a Assistência Médica Individual e

8 COHN, 2003, p. 19-20.

a Saúde Pública; estando esta a cargo do Ministério da Saúde e com a responsabilidade pelas ações de âmbito coletivo, ficando na dependência da parcela do orçamento fiscal destinada a esse Ministério; com relação à Assistência Médica Individual, esta fica sob a tutela do sistema de proteção social, cobrindo somente as pessoas que a ela têm acesso, sendo que os serviços oferecidos são produzidos pela rede privada de saúde e comprados pelo Estado com recursos advindos da Previdência Social. Então, materializa-se a formação de um setor privado da saúde que passa a ter o seu mercado garantido no plano estatal por meio da política de seguro social, haja vista que o Estado acaba por se transformar no maior comprador dos serviços de saúde privados, sendo estes prestados às classes assalariadas; logo, os produtores privados de serviços de assistência médica passam a ter a garantia de um negócio seguro, sem exigir obediência às regras da eficiência e competitividade tradicionais do mercado.⁹

Em meio a esse processo, o setor público vai ocupando uma posição suplementar, tendo que suprir a ausência da esfera privada, onde esta não tem interesse por inviabilidade de retorno econômico. Consequentemente, no campo da assistência médica individual, verifica-se uma situação na qual, devido a primazia do lucrativo setor privado sobre os serviços públicos, é observada uma tendência de aumento de concentração de equipamentos de saúde nos principais centros urbanos dos Estados mais ricos e industrializados do nosso país. Registre-se que a rede privada de saúde vai se estruturando cada vez mais por meio dos vários vínculos com a Previdência Social, principalmente com os convênios e credenciamentos, que possibilitam uma acelerada capitalização; além do mais, existia também

9 COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Trad. Rodrigo León Contrera. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. p.229.

a garantia do mercado, representada pela compra de seus serviços pelo Estado, como um significativo elemento de sustentação para o desenvolvimento de tal crescimento econômico.

Com o avanço da industrialização, durante a década de cinquenta do século passado, todo o sistema previdenciário cresce, tanto no plano institucional como no aspecto de recursos e em pessoas a serem atendidas. Já em 1960, a *Lei Orgânica da Previdência Social* (LOPS) propõe a uniformização dos benefícios prestados pelos institutos (aposentadorias e pensões), quando também passa a ser assumida, como parte inerente da Previdência Social, a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários; ressaltase-se que essa lei foi promulgada sob pressão dos trabalhadores que passavam a exigir mais eficiência do sistema previdenciário, reafirmando-se assim a participação, mesmo que reduzida, das classes assalariadas no controle dos institutos.

De modo que se concretiza a principal relação entre a Previdência Social e o processo de acumulação, pois a partir dos anos sessenta do século XX, ela vai perdendo importância como fonte de recursos para investimentos em setores básicos da economia para servir mais ao controle da capacidade produtiva da força de trabalho empregada, com destaque para a assistência médica. Com a criação do INPS, nesse mesmo decênio, fica evidenciado o caráter assistencialista da previdência brasileira, visto que estava livre de qualquer tipo de controle por parte dos trabalhadores e exteriorizava uma maior presença pública por intermédio de prestação de benefícios sob forma de assistência médica e não através de dinheiro. Mas, é no período das décadas sessenta e setenta do século passado que no Brasil se consolida a privatização da assistência médica, promovida pela atuação do Estado por meio do sistema de proteção social.¹⁰

10 COHN, 1997, p. 231.

Contudo, foi somente nos anos setenta que a política social do regime militar propôs a ampliação da cobertura previdenciária, visando incluir gradativamente a totalidade das classes populares; de fato, procurava-se promover uma ruptura com a lógica da assistência médica como direito restrito. Ademais, um outro ponto que merece ser analisado diz respeito à organização da prática médica e da administração dos serviços, tendo em vista que, nessa época, a política de saúde consolida suas esferas de atendimento que ainda não eram tão bem articuladas: a rede médico-sanitária, destinada para medidas de alcance coletivo e com ênfase nos aspectos preventivos; e a rede médico-assistencial, responsável pelo atendimento clínico tradicional. Saliente-se que essa fragmentação entre as duas modalidades advém de um processo histórico que tem suas raízes nas *dicotomias*¹¹ verificadas na organização das práticas médicas.

Nesse prisma, cumpre registrar, como revela a literatura, que a denominada rede médico-sanitária, a cargo do Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, não alcançou, durante todo o período autoritário, a implantação de uma política específica para o setor. Realmente, o órgão da previdência aparece como principal responsável pela formulação e execução da política de saúde, sendo o atendimento médico-hospitalar o ponto mais relevante de todo o conjunto da oferta de serviços. Então, a centralidade da previdência social como órgão executor da política de assistência à saúde explica, de certo modo, as grandes distorções políticas dos setores de saúde anteriormente mencionados.

No ano de 1974, devido a importância política que a Previdência Social assume no âmbito do regime militar, como meio de relação direta entre os trabalhadores e o Estado, e especialmente pelos recursos que arrecadava ser um dos primeiros orçamentos da União, é formado o *Ministério da Previdência e Assistência Social*.

11 Sobre as “dicotomias”, remetemos a nota 1 deste Capítulo.

Logo, em 1975, é criado o *Sistema Nacional de Saúde* – Lei N.º 6229/75, que se estabelece reafirmando as atribuições a cargo da Previdência Social e do Ministério da Saúde; mas, esse sistema ao mesmo tempo alerta o fato de os serviços vinculados a tal Ministério estarem contemplando, também, a assistência médica individual. Dessa forma, é determinada, a par de uma divisão social do trabalho entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, uma seletividade da clientela de ambos para os seus respectivos serviços de saúde¹²: o primeiro destina-se a uma população diferenciada, que se encontra formalmente inserida no mercado de trabalho, consolidando então uma assistência médica de natureza contratual, compulsória e contributiva; enquanto que o segundo Ministério, representado pelos serviços públicos e filantrópicos, é voltado para a população de baixa renda, excluída do setor formal da economia.

Já em 1977, é instituído o *Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social* (SINPAS), separando a parte de benefícios e de assistência médica; sendo que este sistema reconheceu a relevância que a assistência médica previdenciária assume como volume de recursos a ela destinado e como instrumento de legitimidade política. Por conseguinte, gradativamente o SINPAS vai reunindo institutos e fundações, entre outros órgãos; tendo esse sistema a seguinte composição: INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social), DATAPREV (Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social), LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência), FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor) e a CEME (Central de Medicamentos). Além disso, é pertinente ressaltar

12 COHN; et al, 2002, p. 16-17.

que a extensão de cobertura médico-hospitalar, ocorrida principalmente entre 1975 e 1980, atrela-se aos vários esquemas de compra, pela previdência, de serviços médicos aos setores privados, como já enfatizamos antes.

Porém, tal expansão não corresponde ao crescimento dos serviços públicos ou dos chamados serviços próprios da previdência, haja vista que, ao expandir-se, visando atingir a universalização da clientela, com a inclusão de novos segmentos sociais, a política de assistência médico-previdenciária acaba por provocar uma diminuição na qualidade do atendimento prestado. Com efeito, apesar do crescimento da oferta de serviços médico-hospitalares, a política de saúde não consegue responder satisfatoriamente às necessidades e demandas básicas de saúde da população.

Ainda nessa discussão, é relevante destacar o fenômeno de *explosão da demanda* que, em geral, acompanha o processo de urbanização da população brasileira, bem como o intenso crescimento das metrópoles devido ao que se convencionou chamar de *expansão por periferia*.¹³ Logo, é a partir do intenso crescimento das periferias urbanas, concentradoras de um grande contingente populacional carente de infraestrutura de serviços, que se revela uma demanda potencial por cuidados de saúde, colocando em um novo plano político as necessidades de assistência médica. Mas, considerando que o sistema de expansão de cobertura com tendências à universalização recai em última instância na relação entre seguro social e setor privado, convém registrar que tanto a lógica do mercado quanto a do seguro social se opõem diretamente ao nexo da carência e das necessidades sociais da população. Além do mais, o setor privado é conduzido pelo critério de utilidade pública, enquanto que os problemas de igualdade, universalidade e

13 MOISÉIS, J. et al. **Cidade, povo e poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. p.32-35.

qualidade de atendimento prestado, enfim, dos direitos de cidadania, são questões que dizem respeito à esfera pública, não podendo ser resolvidas pelo mercado.

Nessa perspectiva, observe-se que as tentativas de um modelo universal, ocorridas com a predominância do sistema previdenciário associado à dinâmica do setor privado e do mercado, ocasionaram a perda de capacidade de controle e regulação pública sobre a produção, distribuição e acesso aos serviços médico-hospitalares. Em outros termos, o Estado não mais controlava a qualidade nem os custos, e muito menos o padrão de produção dos serviços.¹⁴

Portanto, tudo isso ocasionou fortes repercussões no âmbito da oferta de atendimento médico ao longo da década setenta do século passado. De fato, além da já consagrada predominância do atendimento curativo em detrimento do aspecto preventivo, a política setorial tende, no geral, a uma excessiva complexidade dos atos e procedimentos terapêuticos, em um evidente incentivo às intervenções cirúrgicas e a consequente utilização dos serviços de diagnóstico e de exames complementares diversos. Como decorrência disso, assiste-se ao privilégio dos hospitais e daqueles atos médicos de certa complexidade que, por exigirem investimentos em equipamentos e aparelhos sofisticados, representam níveis de atendimento mais atrativos financeiramente; de modo diverso, os atos e procedimentos médicos que envolvem altos custos e recursos, mas que têm um retorno financeiro duvidoso, acabam ficando para o poder público.

Em síntese, a partir da segunda metade do decênio de setenta do século XX, tem início, no Brasil, o processo de transição democrática, com a mobilização da sociedade civil combatendo um Estado que a ameaça, sendo durante essa luta pela democratização

14 ABRANCHES, S. *Os despossuídos (crescimento e pobreza no país do milagre)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p.26-27.

política, que se organiza um movimento pela conquista da saúde como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado. Tal movimento tem como integrantes professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da área de saúde, sindicalistas e organizações populares de saúde, entre outras categorias da sociedade; ademais, essa mobilização, sob a liderança não pública do *Partido Comunista Brasileiro*, reúne os setores da Esquerda e os grupos progressistas da área da saúde, em busca da formulação de propostas para sua institucionalização no país. Mas, a aspiração da *Reforma Sanitária* consistia na reivindicação de um sistema de saúde único e estatal, sendo o setor privado suplementar àquele, sob controle público e descentralizado; de maneira que, era considerada a universalidade da atenção à saúde, superando-se a tradicional dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde.¹⁵

Na década de oitenta do século XX, são instituídas várias medidas destinadas à contenção de despesas, surgindo assim as propostas das *Ações Integradas de Saúde* (AIS) e da *Autorização de Internação Hospitalar* (AIH), em virtude do entendimento de que a causa da crise orçamentária residia no alto gasto com a assistência médica. Estas medidas tinham por base o pagamento das internações hospitalares pelo custo global do atendimento e não pela soma dos gastos de cada ato separadamente; então, com as AIHs, cujos primeiros convênios começaram a ser assinados em 1983, ocorre um maior controle sobre a rede pública. Já as AIS institucionalizaram um novo padrão de relação entre Previdência Social e os setores públicos de saúde (estadual e municipal), na medida em que criam mecanismos de repasse de recursos para essas instâncias, que passam a ser responsáveis pelo atendimento médico individual da população previdenciária.

15 COHN, 1997, p. 233.

Sem dúvida, os decênios de setenta e de oitenta do século passado foram bastante produtivos em estudos analíticos quanto às questões da saúde no Brasil. Além disso, com o *Movimento da Reforma Sanitária*, surgem reivindicações relacionadas com os princípios articuladores da estatização dos serviços de saúde, resultando na constituição do Sistema Único de Saúde com a consequente descentralização, universalização e equidade no âmbito do direito à saúde; mas, tais princípios, formulados já na segunda metade dos anos setenta, vão sendo aperfeiçoados em medidas concretas na década de oitenta.

Logo, o avanço dos debates sobre a saúde consolida a ideia da descentralização como alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população, viabilizando, então, sua universalização e equidade; sendo que isso implica no fato de que o Estado, em todos os níveis, deveria assumir a produção desses serviços, ou pelo menos grande parte dela, bem como exercer o controle no que se refere ao setor privado. Assim, é nesse contexto que surge a proposta do *Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS)*, sob forma de convênios, entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde, que começaram a ser assinados em 1987, passando às Secretarias Estaduais de Saúde o controle do sistema na área federal. O SUDS vem ao encontro dos princípios do Sistema Único de Saúde, contemplados na Constituição Federal promulgada em 1988, visto que tal sistema é descentralizado, ficando sob a proteção da rede pública e tendo comando único em cada esfera do poder.

Um outro relevante aspecto que merece ser também enfatizado, diz respeito a lógica do favorecimento do setor privado de assistência médica por meio da política previdenciária, que prevalece de modo explícito até os anos oitenta do século passado; com efeito, neste período, verifica-se um intenso progresso das empresas

médicas, conhecidas como medicina de grupo, dos hospitais privados e das cooperativas médicas. De modo que a rede médica privada contava com uma clientela segura e certa exteriorizada pela Previdência Social, que mantinha a compra de seus serviços através de convênios ou de credenciamentos firmados pelo INPS e posteriormente pelo INAMPS, como já referimos anteriormente.

Nesse contexto, saliente-se que a redemocratização do Brasil tem o mérito de colocar as políticas sociais no centro do debate político, ressaltando a responsabilidade do Estado diante das questões relacionadas com a produção, distribuição e qualidade dos serviços de saúde. De fato, o Processo Constituinte e a transformação do perfil das políticas sociais, através da ideia de resgate da dívida social, como também por meio do ideário da *Reforma Sanitária*, canalizam, na segunda metade da década de oitenta do século passado, as esperanças da sociedade brasileira. Nessa discussão, convém lembrar que a democratização, distante de reduzir-se a um processo exclusivamente relacionado com o direito de participação e de exercício do poder político, pressupõe, como tão oportunamente afirma *Touraine*¹⁶ a formação de atores democráticos; logo, não há avanço social sem a constituição de sujeitos de direitos, com suas demandas e reivindicações.

Enfim, reiteramos que a conjuntura existente, na segunda metade dos anos oitenta do século XX, desencadeia importantes espaços institucionais e novos projetos de reforma na área de saúde do país; conseqüentemente, nos últimos anos desse período, consolidam-se algumas conquistas políticas do setor, cujo marco é a Constituição Brasileira de 1988, com avanços jurídicos importantes para a proposta da Reforma Sanitária. Esta Carta Constitucional apresentou

16 TOURAINE, Alain. As possibilidades de democracia da América Latina. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, ANPOCS, v.1, n.1, p.5, jun., 1986.

relevantes inovações com relação ao sistema de proteção social, pois nela estão presentes: *a universalidade do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não do sistema; a equidade ao acesso e na forma de participação do custeio; a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços; a irredutibilidade do valor dos benefícios; a diversidade da sua base de financiamento; e a gestão administrativa descentralizada, com participação da comunidade.*

No período dos anos noventa do século passado, a área da saúde foi marcada pela disputa entre diferentes concepções sobre as mudanças no Sistema de Saúde brasileiro, tendo como ponto referencial o processo de implementação dos preceitos constitucionais previsto para o Sistema Único de Saúde. Essa época é caracterizada pela tentativa de implementar, o *Projeto de Descentralização*, por meio da Norma Operacional Básica de 1991 (NOB – 91), que procurava uma articulação entre a esfera federal e as instâncias municipais; porém, a fundamentação desta NOB colocava o município praticamente na condição de prestador de serviços. Posteriormente, no ano de 1993, é editada a NOB-01/93 que, ao contrário da sua antecessora, repõe a centralidade da esfera municipal na reformulação do sistema de saúde, sempre procurando o princípio da gestão do sistema, em detrimento da excessiva função até então reservada ao modelo assistencial. Contudo, as consequências das políticas públicas resultantes do ajuste fiscal do Estado têm forte repercussão no campo social, causando uma crise no financiamento da saúde, frustrando, assim, as intenções descentralizadoras previstas na NOB-01/93; mas, esta norma significou o início da descentralização e do repasse financeiro direto, sem a interferência da esfera estadual.

Com o objetivo de uniformizar as esferas do governo, em 1996, é publicada a NOB-96, representando a centralidade do modelo de gestão; sendo que, devido a insuficiência orçamentária do Ministério da Saúde, esta norma sofreu alguns ajustes, até finalmente ser

implementada em 1998, por meio da operacionalização do Piso Assistencial Básico para os municípios, da recomposição do poder e das atribuições da esfera estadual, reservando à União a prioridade de coordenação e regulação do SUS. Todavia, a NOB-96 começou a ser implantada concomitante a introdução das políticas de ajustes adotadas pelo governo federal para combater o *déficit* público e promover o pagamento das dívidas interna e externa, tendo tudo isso repercutido bastante no campo da saúde; além do mais, evidenciou-se uma certa passividade do Estado como produtor de serviços de saúde, levando a procura de parcerias com a iniciativa privada. Logo, é observado um crescimento acelerado no setor privado de saúde, especialmente no ramo de seguro-saúde, intensificando cada vez mais a dualidade do Sistema de Saúde e a lógica mercantilista na produção dos serviços.¹⁷

Mais recentemente, a *Reforma do Estado* patrocinada no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso possibilitou a introdução das grandes empresas internacionais do ramo da saúde, tais como a *Cigna Health Corporation* e a *Prudential*, que associadas às nacionais do ramo financeiro (como por exemplo: Bradesco, Unibanco, Itaú, entre outras) dinamizaram bastante o promissor mercado privado de saúde; ademais, verificou-se uma tendência para diminuição dos custos dos serviços e um incentivo à economia nos gastos em saúde. Certamente, esse movimento para o controle dos gastos, bem como para a melhoria da eficiência econômica dos hospitais privados e das empresas médicas tem suas origens no *managed care*¹⁸ americano, introduzindo a concepção

17 ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In. COHN, Amélia; _____. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. 5.ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2003. p.125 e 129-130.

18 As noções de *managed care* advêm da aplicação da Teoria da Administração no âmbito da saúde, tendo isto iniciado quando a saúde passa cada vez mais a ganhar uma dimensão econômica, ao responder por 7% a 15% do PIB

de gerenciamento no cuidado à saúde; sendo que essa noção vem sendo recepcionada no Brasil, sem contudo passar pela imprescindível reflexão, para que efetivamente possa se adaptar à realidade do nosso sistema de saúde.

Ao término dessa abordagem, é oportuno refletir que, não obstante a introdução do conceito de Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, na prática ele torna-se bastante frágil, pois com o crescimento do setor privado de saúde, é observada uma forte tendência para a regulação desta questão por meio do mercado, com consequências no sistema de formação de preços dos serviços. Então, é necessário que se estabeleçam as políticas de saúde articuladas com as políticas econômicas, em busca da estabilidade do financiamento no setor e do incentivo à produção privada desses serviços com natureza não plenamente mercantil. Nesse sentido, é importante registrar o debate sobre a seguridade social a partir de uma visão crítica à Carta Magna de 1988, que vem sendo considerada excessiva na ampliação do acesso aos direitos sociais, sem vinculá-los às correspondentes fontes de financiamento. Realmente, tal fato é bem evidente, tendo em vista que a proteção social, tradicionalmente restrita aos contribuintes do

dos países desenvolvidos. Assim, os parâmetros do *managed care* abrangem vários procedimentos, destacando-se entre estes os mecanismos voltados para o controle do consumo de procedimentos médicos e tecnologia; modelos administrativos e gerenciais, como a introdução pelas empresas de saúde do cálculo atuarial para pagamento dos contratos com prestadores de serviços, bem como a aplicação de cobertura para eventos de alto risco; os sistemas alternativos a hospitalização, envolvendo o apoio médico à distância, a diminuição do tempo de hospitalização e a transferência de procedimentos cirúrgicos para o setor ambulatorial. FRIEDMAN, Bernard S.; et al. The use of expensive health technologies of managed care... **The american journal of managed care**. Rockville, Md. mar. 2006. Disponível em: < <http://64.233.179.104/translate-c?hl=pt-BR&u=http://www.ajmc.com/Article.cfm%3FMenu> >. Acesso em: 20 mar 2006.

sistema previdenciário, tornou-se extensiva à população em geral, com alguma variação com relação aos benefícios a serem garantidos; além disso, verificou-se também a universalização dos serviços de saúde e de assistência social.

Por fim, terminamos essa discussão lembrando que o atual texto constitucional, ao considerar a proteção social, recepciona as lógicas dos direitos individual e coletivo de acesso ao sistema. No primeiro caso, o financiamento provém das contribuições dos assalariados e dos empregadores sobre a folha de salários; já na segunda hipótese, as colaborações patronais, com relação ao faturamento e ao lucro, representam a base financeira do programa. Portanto, é perceptível que a problemática da seguridade social concentra-se no seu financiamento e na extensão dos benefícios e serviços a serem por ela assegurados; saliente-se que, hodiernamente, são discutidos vários projetos, tanto para o caso das aposentadorias e pensões, quanto para o problema do acesso à saúde. Porém, a questão que permanece é como, em uma sociedade caracterizada por profundas desigualdades sociais, cumprir as normas constitucionais que estabelecem a universalidade do acesso, de todo e qualquer cidadão, a benefícios e serviços sociais essenciais, independentemente da sua inserção no mercado de trabalho e de seu nível de renda.

Por sua vez, a vigente Constituição Federal institui a saúde como direito de todos e dever do Estado enquanto acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; ademais, preconiza também a participação, de forma complementar, das instituições privadas do setor no Sistema Único de Saúde. De modo igual, estabelece a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral com prioridade para atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade. Por fim, compromete, quanto ao financiamento, a participação de recursos do orçamento

de seguridade social da União, dos Estados e Municípios, do Distrito Federal e dos Territórios. Mas, cumpre ressaltar que, apesar de toda essa disposição normativa constitucional, em termos reais e pragmáticos, essas conquistas e avanços no plano jurídico-formal, como se percebe, não provocaram mudanças positivas no âmbito material do desempenho institucional do setor de saúde.

Organização estrutural

As políticas sociais de saúde têm sido preocupação constante, notadamente no que se refere às formas de organização e financiamento dos Sistemas Nacionais de Saúde. Assim, a saúde é considerada especialmente sob o ponto de vista econômico, sendo ela introduzida nas mudanças por uma nova ordem financeira mundial, que segue as propostas da política neoliberal, originada na década de setenta do século passado e que se ampliou pelo mundo capitalista, chegando ao Brasil e causando repercussões no campo da saúde.

No plano internacional, após várias reuniões com a participação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1993, o *Banco Mundial*, no seu “*Informe sobre o Desenvolvimento Mundial*”, destacou o tema: “Investir em Saúde”, que reúne dados sobre a situação da saúde no mundo, através da análise de países em função da renda *per capita* e da localização geográfica. Esse documento estuda também os principais pontos relacionados com o problema da assistência à saúde, enfatizando o aspecto organizacional e a divisão das ações entre as redes pública e privada, sempre enfocando a atuação a ser exercida pelo Poder Público, seja na prestação dos serviços clínicos essenciais, seja no exercício da atividade de regulação do setor. Em resumo, esse informe alerta que os diferentes sistemas de saúde enfrentam problemas em comum, tais como: desigualdade no

acesso e na qualidade dos serviços; aumento dos custos, advindo da disponibilidade de novas tecnologias; insuficiência de recursos financeiros para a saúde, no caso de países de renda média e baixa; entre outros. De forma que para as questões apresentadas, impõe-se a presença do Estado no encaminhamento das soluções adequadas, como indica o *Informe do Banco Mundial*.

No âmbito da saúde, o Brasil vem desenvolvendo as funções de organizador dos consumidores, direcionador do financiamento e conciliador dos interesses relacionados com a saúde. Portanto, apesar das mudanças verificadas nas últimas décadas, o modelo de Estado voltado aos interesses privados ainda permanece, sendo isto evidenciado no campo dos serviços de saúde, que é exteriorizado por meio de uma estruturação com forte presença do setor privado em determinados níveis de assistência e da esfera pública em outros. Logo, vêm se formando não um único sistema de saúde, mas sim vários, que dividem a assistência de acordo com determinados critérios, ressaltando-se a forma de seu financiamento e a participação do usuário no contexto da produção econômica.

Faz-se necessário, a implementação de um sistema de saúde que alcance a universalização da assistência em todos os níveis de atenção, exigindo, por conseguinte, que as políticas econômicas articulem-se de algum modo com as políticas sociais, principalmente com as de saúde e educação, haja vista que é pouco provável que uma política de saúde isolada seja suficiente para enfrentar as atuais necessidades sociais básicas. Então, na análise de um sistema de saúde, deve ser considerada a lógica da sua estruturação e de seu funcionamento, bem como o modelo assistencial adotado e as formas de financiamento utilizadas.

Tradicionalmente, o *Sistema de Saúde* é representado por uma série de instituições objetivando a sua melhoria, sobressaindo-se especialmente os modelos mais clássicos, tais como os serviços de

saúde. Mas, é importante salientar que, dependendo do padrão de assistência adotado nas variadas situações, essas organizações variam desde os domicílios privados até os grandes complexos hospitalares especializados, onde são realizados procedimentos de alta complexidade, como, por exemplo, os transplantes de órgãos humanos.

Em geral, o *Sistema de Saúde* é pensado em conformidade com as diferentes instituições que o compõem, sendo, nesta hipótese, considerados dois critérios em relação aos serviços de saúde: o nível de implementação em termos de tecnologia material e o nível de capacitação dos recursos humanos de grau universitário. A partir destes critérios, as *Instituições de Saúde* são reunidas pelas esferas de atendimento, tendo como classificação os níveis primário, secundário e terciário; ou ainda, podem ser agrupadas segundo o local de atendimento, com uma distribuição em função da hierarquização: domiciliar, centros de saúde, hospitais de distrito e hospitais especializados.¹⁹

A vigente Constituição Federal prevê a estruturação do Sistema Único de Saúde, cuja organização deverá seguir às respectivas diretrizes e formas operacionais que foram regulamentadas pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/91, conhecidas como a Lei Orgânica do SUS; registre-se que este sistema abrange os serviços públicos e privados de saúde em suas várias formas de prestação.

Os *Serviços Públicos de Saúde* são prestados pelo próprio Estado, nas três esferas (federal, estadual e municipal), ou por compra de serviços de terceiros, para os grupos sociais de renda média baixa, sendo geralmente financiados por contribuições compulsórias à Previdência Social, constituindo um fundo administrado pelo Estado. Mas, a partir do decênio de noventa do século passado ocorreu a inserção de fontes da receita tributária vinculada

19 ELIAS, 2003, p.66-67.

ao orçamento da seguridade social, destacando-se entre elas a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), a Contribuição para Financiamento da Seguridade (Cofins) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL). Já os *Serviços Privados de Saúde*, incluindo o Seguro Privado, são destinados aos grupos de renda mais elevada, pertencentes ao setor mais ativo da economia, sendo responsável atualmente pela cobertura de aproximadamente 25% da população brasileira, em sua maioria residente nas regiões sul e sudeste do país. Como podemos ver, no Brasil existe a convivência de um sistema público com outros privados, constituídos de forma a beneficiarem-se dos subsídios (financiamento, renúncia fiscal etc.) que o Estado lhes disponibilizam.

O *Setor Privado de Saúde* é subdividido em dois segmentos: *lucrativo e não lucrativo*, este abrange principalmente as instituições filantrópicas, sendo que parte delas são vinculadas ao SUS por meio de contratos de prestação de serviços; já o *lucrativo*, com exceção de uma parte da rede hospitalar, não mantém qualquer tipo de vínculo com o SUS. Esse último setor é representado pelo *Sistema Supletivo de Assistência Médica*, que reúne a medicina de grupo, as cooperativas médicas, o seguro-saúde, a autogestão e os planos de administração; tais modalidades apresentam como característica comum o fato de partilharem o mesmo tipo de financiamento através da modalidade de pré-pagamento.²⁰

Por outro lado, as empresas operadoras do *Sistema Supletivo de Assistência Médica* possuem determinadas caracterizações. A *Medicina de Grupo* dispõe de serviços próprios e credenciados (compra de serviços de terceiros), atuando com planos individuais e em grupo. As *Cooperativas Médicas* operam seguindo o sistema universal das cooperativas, em que os médicos cooperados

20 ELIAS, 2003, p.71-72.

participam por meio de cotas; sendo que essas empresas utilizam-se de serviços próprios e credenciados, como também oferecem planos individuais e coletivos de saúde, porém não trabalham com ressarcimento de despesas.²¹ O *Seguro Saúde* atua no sistema de reembolso de despesas em conformidade com as condições contratuais estabelecidas entre as partes; mas, de modo geral, cobrem apenas os procedimentos decorrentes de internações hospitalares.²² A empresa de *Autogestão* realiza suas atividades com serviços de terceiros, procedendo o ressarcimento de despesas com base nas tabelas de honorários profissionais e de procedimentos médicos; além do mais, possuem serviços de administração próprios, utilizando-se de funcionários e recursos da empresa a qual se vinculam, bem como dispõem de hospitais e médicos credenciados por empresa. Já os *Planos de Administração* realizam a prestação de serviços com recursos de terceiros e fazem o reembolso de despesas de maneira semelhante à empresa de autogestão, sendo uma forma típica de administração profissional dos planos privados de grandes empresas, cobrando por administração; entretanto, contratam hospitais e médicos indicados pelas referidas empresas.²³

Na época atual, é observado um crescimento no campo privado da saúde, revelando um novo período de capitalização deste setor, mas sem depender dos mecanismos de financiamento direto do Estado, como aconteceu nas décadas sessenta e setenta do século passado.

21 . RIZZARDO, Arnaldo. et al. **Planos de assistência e seguros de saúde: Lei n.º 9.656**, de 3 de junho de 1998. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999. p.26.

22 LOUREIRO, Luiz Guilherme de Andrade V. **Seguro Saúde (Lei n.º 9.656/98)**: comentários, doutrina e jurisprudência. São Paulo: LEJUS, 2000. p.31 e 55.

23 RIZZARDO, 1999, p. 24-25.

No Sistema de Saúde brasileiro, seus serviços, em geral, são reunidos de acordo com a sua vinculação aos setores *público e privado*, tendo estes as suas respectivas subdivisões. O *Setor Público* em regra é distribuído segundo as esferas de governo a que pertencem os serviços, podendo ser *Federal, Estadual e Municipal*; já o *Setor Privado* é agrupado em conformidade com as origens do capital investido, constituindo-se em *lucrativos e não lucrativos*. Em outros termos, no Brasil, os *Serviços de Saúde* são organizados da seguinte forma: *Públicos*, que são estabelecidos pelo Estado e financiados com recursos orçamentários governamentais; os *Privados sem fins lucrativos*, que são criados geralmente por iniciativas das comunidades (civis ou religiosas) ou de agrupamentos sociais, a maioria deles tendo seus financiamentos na dependência dos recursos do Estado, seja pelo pagamento de serviços prestados, seja pela utilização de renúncia fiscal (isenção de COFINS) e contributiva (recolhimento da cota devida pelo empregador do INSS), facultados as instituições declaradas de utilidade pública; e *Privados lucrativos*, que são instituídos por pessoas jurídicas em sociedades limitadas ou anônimas, como atividade empresarial, objetivando a remuneração do capital investido. Observe-se que estes serviços dependem cada vez menos dos recursos financeiros do Estado, já existindo, inclusive, uma grande parcela deles sem manter vínculo com o SUS; mas, favorecem-se da renúncia fiscal, na medida em que os gastos com saúde realizados por pessoas físicas e jurídicas são dedutivos do Imposto de Renda.

A *Rede de Serviços de Saúde, estatais e privados*, é composta por *Estabelecimentos Assistenciais*, tendo as seguintes classificações: Posto de Saúde, Centro de Saúde, Unidade Mista, Posto de Assistência Médica, Pronto-socorro e Hospital.

O *Posto de Saúde* presta assistência à saúde de determinadas populações a partir de procedimentos simples, praticamente sem utilização de equipamentos, contando apenas, de forma

permanente, com recursos humanos de nível médio (por exemplo, atendentes e auxiliares de enfermagem); esse tipo de serviço é comum, nas zonas rurais e em periferias das grandes cidades, atuando no nível da atenção primária.

Já o *Centro de Saúde* é mais complexo que o posto, visto que possui assistência médica e uma certa tecnologia, bem como dispõe continuamente de profissionais de nível superior (por exemplo, médicos e enfermeiros); além disso, este serviço é implantado com maior frequência nas regiões economicamente mais desenvolvidas, incluindo cidades de pequeno, médio e grande porte, possuindo atividades nos níveis de atenção primária e secundária, na modalidade ambulatorial.

A *Unidade Mista* desenvolve todas as ações típicas do centro de saúde, porém oferecendo leitos para internações nas áreas de pediatria, obstetrícia, clínica médica, cirurgia e de emergências; apresentando assim um grau maior de aparato tecnológico e dispondo de recursos humanos mais qualificados, sendo encontrados geralmente nas regiões interioranas do país, tendo atuação na atenção secundária, modalidades ambulatorial e hospitalar geral.

Quanto ao *Posto de Assistência Médica ou Policlínica*, este tem serviço médico especializado, concentrando-se nas regiões economicamente mais desenvolvidas do país, notadamente nas cidades de médio e grande porte, atuando no nível de atenção secundária, na modalidade ambulatorial.

Com relação ao *Pronto-socorro*, este possui atendimento contínuo para as situações de urgência e emergência médica e/ou odontológica, funcionando em geral nos centros urbanos e apresentando variados graus de complexidade tecnológica, como também de qualificação dos profissionais, principalmente do corpo médico; tais estabelecimentos têm atuação na atenção secundária e terciária.

Finalizando, o *Hospital* é voltado especialmente para a assistência médica em nível de internação, funcionando vinte e quatro horas por dia e localizando-se frequentemente em área urbanas; logo, essa estrutura possui graus variáveis de sofisticação tecnológica, dispondo de médicos e profissionais de enfermagem em sistema permanente de atendimento. Os hospitais podem ser classificados de acordo com o porte (pequeno, médio e grande) e com o grau de incorporação tecnológica que exibem (pequeno, moderado e grande); sendo que alguns deles são destinados exclusivamente para o atendimento mais especializado, exercendo atividades nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.²⁴

Em suma, esse amplo campo assistencial, público e privado, apresenta traços particulares que resultam no atual sistema brasileiro. Contudo, na presente época a rede de serviços de saúde é predominantemente pública, com a grande maioria dos estabelecimentos atuando na atenção básica de saúde, destacando-se as policlínicas, os postos e os centros de saúde; já o setor privado revela um grande número de policlínicas e hospitais. Desse modo, no Brasil a estrutura de saúde é caracterizada principalmente pela sua identificação com a assistência básica da saúde; assim, em geral, a esfera pública é responsável pelos serviços de atenção primária, sendo utilizada tecnologia de baixo custo, enquanto que a rede privada concentra-se especialmente no âmbito hospitalar, com a implementação de um aparato tecnológico de alto custo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o coeficiente de leitos hospitalares por mil habitantes é um relevante indicador de disponibilidade de equipamentos destinados aos níveis de maior complexidade da atenção à saúde, em suas modalidades secundária e terciária; de modo igual, o coeficiente de médicos por mil habitantes é outro importante indicador de recursos humanos.

24 ELIAS, 2004, p.76-78.

No que concerne a esses indicadores, a situação do Brasil é razoável em comparação a do grupo de países em desenvolvimento, tendo em vista que a recomendação da OMS para este grupo de países é a disponibilidade de quatro leitos para mil habitantes.

De acordo com os dados apresentados pelo Ministério da Saúde²⁵, o coeficiente de 2,65 leitos/mil habitantes coloca o Brasil ao lado de países como o Chile e a República da Coréia, bem como à frente de outros como a China, a Índia e o México; tendo a América Latina um coeficiente médio de aproximadamente três leitos/mil habitantes. Já com relação ao coeficiente de médicos por mil habitantes, a situação do Brasil é semelhante a de países como China, Japão e Reino Unido, sendo de 2,0 tal média. Neste indicador, o perfil da distribuição mostra a sua concentração nas regiões economicamente mais desenvolvidas do país, e nestas, nas concentrações urbanas de médio e grande porte. Logo, considerando o aspecto do acesso da população brasileira aos serviços de saúde, torna-se evidente a exteriorização de uma lógica bastante influenciada pelos fatores econômicos e, por conseguinte, mediada por mecanismos de mercado em detrimento de uma concepção regida pelas necessidades sociais, incluindo a saúde.

Com efeito, no Brasil, o panorama da saúde apresenta realidades bem extremas, pois, de um lado, aproximadamente 40 milhões de pessoas constituem a parcela dos incluídos, com acesso a uma rede de serviços de saúde subsidiada de várias formas pelo Estado, sendo os segmentos de ponta tecnicamente comparáveis com os dos países com economia de mercado consolidada; já no outro

25 BRASIL, Ministério da Saúde. Datasus/Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Brasília, DF, Jun. 2003; BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO/BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993**. Investir em Salud. Washington: Oxford University Press, 1993. p. 139-140.

lado, a grande maioria dos brasileiros enfrentam um sistema de saúde restritivo quanto à cobertura oferecida e fracionado no que diz respeito ao acesso aos serviços, resultando em desigualdades no tratamento dispensado aos usuários e problemas na qualidade da assistência prestada. Portanto, a realidade imposta ao sistema de saúde faz com que se desconheçam, na prática, as disposições legais da saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecidas na Carta Magna de 1988.

Os gastos com saúde verificados em diversos países, em comparação aos seus respectivos PIBs, são bem diversificados, principalmente quando são considerados o dinamismo da economia, o modelo de assistência adotado, o grau de tecnologia introduzido nos serviços e as características estabelecidas para o financiamento do Sistema de Saúde. Segundo o *Informe do Banco Mundial*, em 1990, os países de economia de mercado consolidada apresentavam uma taxa do PIB variando entre 12,7% (EUA) e 6,3% (Dinamarca), enquanto potências econômicas como Japão e Alemanha gastaram, respectivamente, 6,5% e 8,0%. Mas, saliente-se que a distribuição do gasto percentual do PIB entre os setores é expressivamente maior para o público em relação ao privado, constituindo exceção os EUA, em que as despesas públicas correspondem a 5,6% do PIB e no setor privado chega a 7,0%; já nos países da América Latina e do Caribe, esses valores em média são menores, variando o percentual do PIB com gasto em saúde de 8,6% (Nicarágua) a 2,8% (Paraguai).²⁶

No Brasil, durante o decênio de 1970 até aproximadamente 1985, foram disponibilizados do Orçamento Geral da União ao Ministério da Saúde recursos sempre inferiores a 2% da despesa geral da União; logo em seguida, entre os anos de 1987 e 1990, os

26 BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO/
BANCO MUNDIAL, 1993, p. 50-54.

gastos federais com saúde tiveram um aumento, declinando nos anos seguintes. Realmente, em conformidade com informações fornecidas pelo Banco Mundial, no ano de 1987, o país apresentou US\$ 80,8 *per capita* de gastos, equivalendo a 3,1% do PIB; com relação ao ano de 1990, o Estado brasileiro pagou US\$ 19,8 bilhões, correspondentes a um *per capita* de US\$ 132,00, representando 4,2% do PIB, sendo que deste percentual, 2,8% destinaram-se às despesas públicas, enquanto 1,4% aos gastos privados; já em 1993, o dispêndio foi de apenas US\$ 21 *per capita*. No início do século atual, os gastos com saúde sofreram um decréscimo, mas eles vêm aumentando gradativamente, como revela a tabela 1.

Tabela 1 - Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiada por recursos próprios – 2000 a 2002; total em US\$ milhões, por Habitante e em % do PIB nas três esferas de governo.

Total nas esferas Federal, Estadual e Municipal			
Ano	Despesa (em US\$ milhões)	Despesas por habitante (em US\$)	% PIB
2000	13.470	79,3	3,09
2001	14.808	85,9	3,33
2002	15.893	91,0	3,52

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS/DES/SCTIE/MS (Gastos Estadual e Municipal); SPO/SE/MS e FNS/SE/MS (Gasto Federal).

Com a compreensão de que trabalhadores e forças produtivas tornam-se mercadorias no sistema econômico, *Esping-Andersen* introduz o conceito de *desmercadorização*, entendendo como tal a possibilidade dessas pessoas manterem a garantia de certas necessidades vitais através de determinados serviços, como o *acesso à saúde*; sendo que esta perspectiva deverá encontrar-se fora do mercado,

exteriorizando-se em uma questão de direito. De maneira que tudo isso torna mais frágil o “direito civil” de *Marshall*, na medida em que se desfilia da propriedade como ponto de partida da ciência jurídica e fortalece o “direito social”. Nesse prisma, afirma *Esping-Andersen*²⁷ que:

Quando eles dependem inteiramente do mercado, é difícil mobilizá-los para uma ação de solidariedade. Como o [s] recurso [s] dos trabalhadores espelham desigualdades do mercado, surgem divisões entre os que estão dentro e os que estão fora deste, dificultando a constituição de movimentos reivindicatórios. A desmercadorização fortalece o trabalhador e enfraquece a autoridade absoluta do empregador.

Para uma melhor compreensão do que foi exposto, apresentaremos a tabela seguinte, que destaca algumas taxas de contribuição e gastos governamentais em três países diferentes, representativos de variados níveis de *desmercadorização* da satisfação de necessidades relativas à saúde e seguridade social; situações estas determinadas pelos modelos políticos liberal, conservador e social-democrata, demonstrando os distintos regimes e projetos de políticas sociais em termos tributários e de seguridade social pelo Estado.

27 ESPING-ANDERSEN, 1991, p.102.

Tabela 2 - * Taxas e contribuições sociais; e
 ** total de gastos em proteção social (% do PIB) por países.

	1993	1994	1995	1996	1997
Inglaterra (Liberal)	35,3 * 28,8 **	35,7 28,0	36,8 27,7	36,7 27,7	35,9 26,6
Alemanha (Conservador)	42,3 * 29,1 **	42,6 29,0	42,7 29,5	42,0 30,5	41,6 30,2
Dinamarca (Social-democrata)	51,3 * 33,5 **	53,1 35,1	52,7 34,3	53,5 33,6	53,1 31,4

Fonte: União Européia. YearBook 2000 (EU, 2000).

Observe-se que, no Brasil, esses tributos representam aproximadamente 32% do PIB, e os investimentos em seguridade social têm girado em torno de 20% do PIB. No ano de 1997, houve uma estimativa de gastos no atendimento à saúde de 6,5% do PIB, tendo um influxo estatal de 48,7%, equivalendo a US\$ 208,00 *per capita*, sendo que estes dados apresentam maior relevância quando confrontados com a realidade social brasileira, tradicionalmente caracterizada por profundas desigualdades sociais.²⁸ Tomemos como exemplos as raças e regiões brasileiras, haja vista que no Maranhão 67,5% das famílias com crianças na primeira infância vivem com até meio salário mínimo de renda média mensal *per capita*; em comparação com 9,8% do Estado de São Paulo na mesma situação. Já nas famílias cujos chefes são de cor branca, 12,1% sobrevivem com meio salário mínimo *per capita*, enquanto as proporções nas famílias chefiadas por negros e pardos variam entre 24,5% e 30,4%; no grupo de renda mais elevada, acima de cinco

28 WHO (OMS) – World Health Organization. **The World Report 2000.** Health Systems: Improving Performance. Disponível em: <http://www.who.int.whr>. Acesso em: 13 out. 2005.

salários mínimos, estão quase 15% de famílias brancas e cerca de 3% de negras e pardas.²⁹

Mas, considerando a *desmercadorização* como sendo definidora de uma série de práticas de seguridade que atuam no sentido de estabelecer ganhos sociais, mesmo quando os indivíduos estão fora do mercado de trabalho, é difícil estabelecer os níveis de *desmercadorização* no caso do Brasil; visto que os dados sobre tributos, investimentos sociais e padrões de vida da população brasileira revelam que a sociedade em que vivemos tem muito de desigual, tanto em termos absolutos como por comparação com os países destacados.

Em uma outra perspectiva, em que são avaliados aspectos que diferenciam determinados grupos sociais, os desequilíbrios podem ser interpretados como possibilidade de construção de novos espaços sociais. Nesse sentido, Pierucci³⁰ apresenta uma análise, citando Dahrendorf, Bourdieu e Weber, segundo a qual, as diferenças coletivas compõem um campo social de realizações e de novas identidades, como aquelas construídas pelos novos movimentos sociais, sendo que estes, entendidos como um “*proceso de (re) constitución de una identidad colectiva, fuera del ámbito de la política institucional, por el cual se dota de sentido a la acción individual y colectiva*”, remetem a expectativas de mobilização e participação dos indivíduos na sociedade.³¹ Porém, as atuações de grupo podem representar novas formas de ideologização e hierarquização, fazendo sobressair políticas corporativas cada vez mais específicas e estrategicamente orientadas; desfazendo, então, a crença de

29 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: 1999 traça o perfil da sociedade brasileira**. Disponível em: www.ibge.gov.br/presidencia/noticias/28042000.shtm. Acesso em: 28 mai.2002.

30 PIERUCCI, Antônio Flávio. **Ciladas da diferença**. São Paulo: 34, 1999.

31 BLANCO, Marisa Revilla. El concepto de movimiento social: acción, identidad y sentido. In: **Zona abierta**, 69. Madrid: [s.n], 1994. p. 183.

que o sentido da ação coletiva esteja superando o paradigma de uma racionalidade instrumental para outra em benefício de uma racionalidade ética. Assim, as tensões surgidas na estrutura social, que poderiam originar movimentos de emancipação, geram novos poderes de dominação e colonização da sociedade, fazendo predominar interesses privados, mesmo quando revestidos de discursos “técnicos” ou similares.

*Marcuse apud Habermas*³², esboça uma interpretação desses poderes para o campo da ciência, como podemos ver em seguida:

Hoje, a dominação eterniza-se e amplia-se não só mediante a tecnologia, mas como tecnologia; e esta proporciona a grande legitimação ao poder político expansivo, que assume em si todas as esferas da cultura. Neste universo, a tecnologia proporciona igualmente a grande racionalização da falta de liberdade do homem e demonstra a impossibilidade ‘técnica’ de ser autônomo, de determinar pessoalmente a sua vida. Com efeito, esta falta de liberdade não surge nem irracional nem como política, mas antes como sujeição ao aparelho técnico que amplia a comodidade da vida e intensifica a produtividade do trabalho. A racionalidade tecnológica protege assim antes a legalidade da dominação em vez de a eliminar; e o horizonte instrumentalista da razão abre-se a uma sociedade totalitária de base racional.

Consoante o entendimento de *Habermas*, o discurso de *Marcuse* apenas renova as definições clássicas sobre forças produtivas e relações de produção, sem reconhecê-las como poder ideológico em

32 HABERMAS, Jürgen. **Técnica e ciência como “ideologia”**. Trad. Artur Morão. Lisboa: edições 70, 2001. p. 49.

si, tendo em vista que a forma racional da ciência e da técnica, ou seja, a racionalidade materializada em sistemas de ação racional teleológica acaba por constituir um modo de vida contextualizado em uma totalidade histórica.³³

Após essas análises e considerando as políticas públicas tal como elas vêm sendo conduzidas no Brasil, percebe-se que a Seguridade Social ganha destaque no âmbito dessa conjuntura, tanto pelo volume de recursos envolvidos quanto pela forma como ela foi estruturando o Sistema de Saúde brasileiro, como vimos anteriormente. Contudo, ressaltamos que alguns indicadores de saúde, no país, compõem uma realidade preocupante, advinda do modelo de desenvolvimento excludente que predomina, traduzindo, de certo modo, uma ineficiência das políticas públicas na área da saúde.

Na verdade, os dados estatísticos são alarmantes, além de não se distribuírem igualmente por toda a população, como podemos comprovar nas seguintes informações: no ano de 2002, a esperança de vida média do brasileiro ao nascer era de 69,04 anos, consequentemente, isso significa que, durante a década de noventa do século passado, houve uma elevação média de 2,71 anos, haja vista que, em 1992, a esperança média de vida, no Brasil, era de 66,33 anos; entretanto, foi observada uma elevada diferenciação por regiões, pois enquanto no Nordeste a esperança de vida ao nascer era de 66,38 anos, na Região Sul, ela chegou a ser de 71,46 e no Sudeste, de 69,96 anos.³⁴

33 Ibid., p. 55.

34 IBGE – Contagem populacional e projeções demográficas preliminares. **Esperança de vida ao nascer, por ano, segundo Registro e UF.** Brasília, 2003. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2003/al\]t.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2003/al]t.htm)>. Acesso em 18 mar. 2006.

Com relação à mortalidade infantil, de modo igual, essas mesmas disparidades são detectadas, visto que, apesar de ter sido considerada a população em seu conjunto, com a taxa de mortalidade infantil revelando um razoável decréscimo nos anos de 1991 à 1998 (de 45,2 por mil nascidos vivos em 1991 para 33,1 em 1998), verificou-se que, na Região Sul, ela é de 18,7 por mil, como também na Região Nordeste, ela é de 53,5 por mil, isso em conformidade com dados relativos ao ano de 1998.³⁵ Logo, constatou-se uma tendência de redução da mortalidade infantil no Brasil, certamente devido à melhoria nas condições de vida, ao declínio da fecundidade e ao efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação, entre outros aspectos. Mas, mesmo assim, os valores médios continuam elevados, sobretudo nas regiões Nordeste (53,5 por mil habitantes) e Norte (34,6 por mil habitantes).

Assim, com fundamento no que foi apresentado, entendemos que é no contexto da distribuição social da doença que se encontra a explicação para a associação entre as profundas desigualdades regionais de nosso país e as diferenças nos padrões das taxas de esperança de vida média e mortalidade infantil. Então, se quanto mais precárias as condições de vida, maiores serão estas taxas; de modo inverso se comporta a distribuição dos recursos médico-hospitalares (públicos e privados), que tendem a se encontrar exatamente nas áreas mais desenvolvidas.

Atualmente, no Brasil, as doenças do aparelho circulatório continuam sendo os principais motivos de mortalidade; na sequência, vêm as neoplasias agudas; seguidas das causas externas (com

35 BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)**. Brasília, DF, 1999; Cf. SIMÕES, C. **Estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

exclusão de homicídios e suicídios); das enfermidades do sistema respiratório; das moléstias do sistema digestivo; e das complicações na gravidez e parto. Já na esfera sanitária, é evidenciada a presença de doenças infantis, infecto-contagiosas e parasitárias, entre as enfermidades crônicas e degenerativas, as quais se adicionam as mortes por causas externas, variando a ordem da incidência de cada uma delas, tanto em termos regionais quanto no âmbito da variação de renda, sendo esta uma situação bastante preocupante.³⁶

Então, se onde há mais pobreza é maior a mortalidade por moléstias próprias dessa condição social, havendo o contrário nas regiões mais ricas do país, isso nos leva a acreditar que, diante da presença dessas doenças típicas da realidade social brasileira, não bastam apenas medidas de natureza preventiva, no campo coletivo, exigindo também ações de atenção médica de alta complexidade tecnológica, como é o caso das cirurgias de transplante de órgãos, que vêm sendo realizadas com uma certa frequência na época atual. Este procedimento cirúrgico foi instituído, no Brasil, com fundamentos na Constituição Federal de 1988, já tendo sua regulamentação legal, possibilitando assim a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

Para efeitos de operacionalização prática, criou-se o Sistema Nacional de Transplante (SNT), que integra o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal ou órgãos equivalentes, os estabelecimentos hospitalares autorizados e a rede de serviços auxiliares necessários à realização

36 BRASIL. Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Indicadores de mortalidade. **Mortalidade proporcional por grupo de causas. Período: 2001.** Brasília, DF, 2003. Disponível em: <x//tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2003/c04.def.> Acesso em 18 mar. 2006.

desse procedimento cirúrgico; além do mais, foram também criadas as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNDOs) regionais e estaduais, que são unidades executivas das atividades do SNT, ligados ao Poder Público. Realmente, constata-se hoje um efetivo avanço na reorganização do setor de saúde no país, contando agora com o pré-requisito indispensável dos dispositivos constitucionais.