

Parte III - Princípios, implantação e desafios do SUS

13 - O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro

Ligia Bahia

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T., GERSCHMAN, S., EDLER, F. C., and SUÁREZ, J. M., eds. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 407-449. ISBN 978-85-7541-367-8.

<https://doi.org/10.7476/9788575413678.0015>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

13. O SUS E OS DESAFIOS DA UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: TENSÕES E PADRÕES DE CONVIVÊNCIA ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Ligja Bahia

O sistema de saúde brasileiro é visivelmente contraditório. A universalização do direito à saúde, que dinamiza o debate e imprime novos sentidos às práticas de expansão de coberturas e modelos de atenção, convive, de certo modo, harmoniosamente, com um expressivo mercado de serviços e empresas de planos de saúde privados, que também incorpora novos processos gerenciais e tecnológicos. As tensões entre a universalização e a segmentação e sua transformação em solução de acomodação de interesses opostos vêm despertando a atenção dos pesquisadores e dos integrantes dos fóruns de formulação e avaliação de políticas públicas.

É consenso entre os estudiosos que o direito universal à saúde, o qual fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), representa uma profunda ruptura com as formas pretéritas de organização das políticas de saúde no país. A promulgação da Constituição em 1988, contemplando um conceito ampliado de saúde, e o reconhecimento dos direitos de cidadania ao acesso a cuidados e atenção à saúde, organizados por um sistema único sob responsabilidade estatal e integrante da Seguridade Social, inscreveu o Brasil entre os países que propugnam a universalização de direitos sociais. Ao saudar o novo marco jurídico-legal da saúde, pesquisadores da área de saúde coletiva o contextualizaram entre outras demandas sociais tomadas, no final da década de 1980, como intrínsecas ao desenvolvimento econômico de uma sociedade democrática. Para Paim (1992: 179), “a bandeira de luta da Reforma Sanitária obteve êxitos consideráveis no que se refere à legislação”. Fleury (1994: 226) consignou a mudança na saúde como “provavelmente a mais importante realizada no campo das políticas sociais”.

A par do reconhecimento sobre a importância da formalização do direito à saúde, a rica reflexão sobre as perspectivas e os limites de aprofundamento da Reforma Sanitária e a participação no processo de elaboração e aprovação do texto constitucional desautorizou qualquer celebração desmedida. A dissidência em torno da concretização de determinadas conquistas sociais plasmadas na Constituição e a conseqüente depuração dos quadros progressistas que ocuparam postos-chave na Previdência Social e na Saúde, ainda no final da década de 1980, foram atribuídas, principalmente, à fragilidade política da base de apoio à Reforma Sanitária. Os movimentos e os partidos políticos que a elaboraram e lutaram por traduzi-la operacionalmente foram derrotados no segundo turno da eleição presidencial de 1989.

Os trabalhos sobre o tema consideram que a *démarche* da Reforma Sanitária desalojou os representantes dos interesses privados, ao menos parcialmente, de lugares estratégicos no aparelho de Estado. O redirecionamento de uma parte do financiamento da Previdência Social para estados e municípios e a abertura de instâncias de decisão sobre a saúde à participação popular buscaram reorientar a política de privatização engendrada pelo regime autoritário. No entanto, os canais de articulação dos interesses privados, antes diretos com a Previdência Social, foram refeitos por meio de um deslocamento das demandas de determinados prestadores privados e empresas de planos de saúde para outras instâncias governamentais e da aproximação com políticos conservadores. Os denominados empresários da saúde se contrapuseram às ações integradas de saúde, às conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ao relatório da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, à implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), às propostas sobre saúde na constituição e à Lei Orgânica da Saúde (Paim, 1992; Cordeiro, 1991).

No início da década de 1990, as margens estreitas à passagem das proposições da Reforma Sanitária foram ocupadas pelo anúncio de políticas racionalizadoras. Contrapondo-se às perspectivas otimistas sobre as possibilidades de reduzir as desigualdades pelas políticas sociais, o ceticismo dos neoliberais projetado em uma reforma da reforma da Previdência desfigurou o conceito de Seguridade Social impresso na Constituição de 1988. A perspectiva da instituição de fundos de capitalização em contraposição ao regime de repartição simples representou um brutal desvirtuamento do modelo de Seguridade Social aprovado pela Constituição de 1988. O objetivo de que a

Previdência Social seja economicamente eficiente, condição *sine qua non* para o cumprimento de seu papel central no sistema de proteção social, tornou-se destituído de sentido quando dissociado de um padrão de justiça. A coletivização dos riscos reflete e projeta histórias baseadas em culturas de solidariedade e direitos.¹ A aprovação das Leis Orgânicas específicas entre 1990 e 1993 consolidou a fragmentação e a institucionalização de competências exclusivas de cada área por distintos ministérios. Adicionalmente, as receitas do orçamento da Seguridade foram desviadas e discriminadas.

O direito universal à saúde, princípio basilar de um SUS abrangente e inclusivo, que seria assegurado pela ampliação e diversificação das fontes de financiamento da Seguridade Social, foi pejorativamente designado como utopia. O desfinanciamento do SUS,² conseqüente ao compromisso dos sucessivos governos de obter elevados superávits primários e da ‘desconstitucionalização’ do orçamento da Seguridade Social, comprometeu de fato a premissa de universalidade do acesso à saúde.

Mas os preceitos de privatização e individualização do risco, característicos dos seguros baseados na correspondência entre contribuição e benefício, retomados como instrumental teórico-operacional para reformar a Previdência não incidiram diretamente sobre o SUS. O arcabouço jurídico-legal do SUS mostrou-se, de certa maneira, imune às tentativas de mudanças no texto constitucional, favoráveis aos interesses dos empresários privados da saúde.³ No entanto, os posicionamentos sobre o papel da saúde pública como suplementar à ação do mercado passaram a pautar diversos fóruns de discussão e elaboração de políticas de saúde.

As proposições derivadas de uma compreensão sobre saúde – como assistência médica individual provida pelo mercado e ações coletivas sobre o ambiente e para os destituídos de renda, a cargo do Estado, reinterpretadas pelas entidades médicas e sindicais – impregnaram a agenda governamental,

¹ Contas previdenciárias individuais, privadas e capitalizadas dificilmente garantirão à maioria da população um nível adequado de bem-estar na velhice, pois uma proporção significativa de cidadãos brasileiros não conseguirá acumular créditos para garantir benefícios de aposentadoria adequados, na medida em que uma parcela considerável dos atuais jovens tem vínculo informal com o mercado de trabalho.

² As crises decorrentes do ‘desfinanciamento’ da saúde agudizaram-se no período de 1994 a 1995 e foram em parte contornadas com a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que atualmente representa uma das principais fontes de financiamento do SUS.

³ A proposta de alteração sobre a universalização e a gratuidade dos serviços de saúde como dever do Estado foi encaminhada na esteira das emendas sobre a Previdência Social, em 1995, mas foi retirada do debate pelo governo. Para mais detalhes, ver o trabalho de Melo (1997) sobre as reformas constitucionais e a Previdência Social.

especialmente a de setores da área econômica. As dicotomias entre individual e coletivo, prevenção e cura, foram circunscritas às fontes de financiamento: o SUS ‘coletivo’ para ‘aqueles que não podem pagar’ e necessitam ações básicas de prevenção; a assistência médica ‘individual’ para os integrados no mercado de trabalho.

Na prática, as diretrizes legais do SUS, embora intactas, não foram suficientes para conter movimentos que o moldaram segundo princípios distintos dos propugnados pela Constituição de 1988. Quinze anos após seu batismo legal, o SUS é considerado por uma grande parcela dos profissionais da saúde, órgãos de imprensa, determinadas autoridades governamentais, empresários e sindicalistas como um sistema para os pobres. A solução aparentemente realista e eficaz para acomodar as tensões tem sido encarada pelos otimistas como uma etapa de um processo de amadurecimento que evoluirá para a conformação de um sistema de fato único. Os pessimistas o vêem como demonstração cabal da ineficiência do público e imprescindibilidade do mercado. Ambas as interpretações supõem a impossibilidade de uma universalização, em curto prazo, e, de certo modo, admitem uma complementaridade harmoniosa entre sistemas diferenciados pelo *status* socioeconômico das demandas.

As apreciações teóricas sobre a disjuntiva universalização-esquemas assistenciais particulares erigiram conceitos sobre o fenômeno de inclusão/exclusão de demandas aos direitos sociais no Brasil. Cidadania regulada, universalização excludente, cidadania invertida, americanização do sistema de proteção social e acumulação de direitos constituem categorias que sintetizam um padrão de acesso aos direitos sociais mediado pela vinculação ao mercado formal de trabalho. Esses referenciais aplicam-se à análise do SUS e à expansão dos planos de saúde privados, inclusive porque alguns foram elaborados especificamente em função dos desafios de refletir sobre o sistema de saúde brasileiro, formalmente universal e, na prática, segmentado e estratificado.

Depreende-se, portanto, que as tarefas relativas à análise do processo e os obstáculos enfrentados para a concretização das diretrizes do SUS, durante os primeiros anos de vigência da nova legislação, foram cumpridas. No entanto, as lacunas no conhecimento sobre as relações entre o SUS e o sistema privado de serviços de empresas de planos e seguros de saúde, que ganham relevo a partir de meados da década de 1990, são notórias. As advertências de autores como Paim (2002: 274) sobre a omissão das propostas de organização do SUS em

relação aos ‘interesses cristalizados da indústria da saúde’ não sensibilizaram profundamente nem os fóruns de debate sobre a Reforma Sanitária, nem a produção acadêmica. A esperança de ter deixado para trás o passado, no qual a Previdência Social havia estimulado a privatização, confirmava-se pela organização de um futuro movido por relações intergovernamentais que pareciam blindar as instituições de saúde, ao menos no plano federal, contra os interesses privados. Essa suposta ‘descontaminação’ do SUS dos interesses do mercado restringiu o debate e a reflexão sobre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro.

No que diz respeito às instâncias de debate, as sucessivas Conferências Nacionais de Saúde, após a oitava, realizada em 1986, examinaram apenas alguns detalhes dos problemas relacionados com serviços, empresas de planos, vendedores e fabricantes de insumos e equipamentos privados ou subscreveram formulações genéricas sobre as relações entre interesses públicos e privados na saúde. A rarefação de diretrizes e proposições sobre serviços privados, filantrópicos e empresas de planos de saúde na 12ª Conferência Nacional de Saúde,⁴ que ocorreu em 2004, sinaliza o distanciamento dos técnicos e conselheiros de saúde do debate sobre uma suposta esfera do mercado, ora oculta, ora tida como inexpugnável. Em contraste, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar convocaram o Fórum de Saúde Suplementar, integrado quase que exclusivamente pelos empresários privados e consumidores de planos de saúde. Nessa arena, os empresários da saúde não se furtaram de designar ao SUS o papel de assistir os destituídos de renda.⁵

Em termos da produção acadêmica, a primeira florada de trabalhos sobre a expansão do mercado de planos privados de saúde e as análises centradas nas questões do federalismo no Brasil e nas reflexões sobre o SUS não aprofundaram as análises sobre as interfaces entre mercado e Estado. No entanto, o cotejamento desses trabalhos mais recentes, dirigidos a responder questões relevantes sobre a magnitude das coberturas, características das empresas de planos e

⁴ Entre as centenas de resoluções publicadas no Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, os planos de saúde – aos quais estão vinculados pelo menos 25% da população – foram mencionados em apenas sete.

⁵ Segundo exposição do presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Arlindo Almeida, em 2003, no Fórum de Saúde Suplementar “o governo deve centrar suas atenções no SUS uma vez que é incapaz de absorver a população atendida pelos planos de saúde, tanto quantitativamente, quanto qualitativamente, pois cerca de 40% da População Economicamente Ativa tem um nível de exigência de um atendimento de qualidade superior àquele prestado pelo SUS” (1ª etapa do Fórum de Saúde Suplementar, 25 a 27 de julho, Brasília, 2003, Anotações Pessoais).

seguros de saúde e impacto das estratégias de descentralização, com aqueles anteriores que enfatizaram as disputas entre projetos de reforma e a preservação do modelo privatizante, permite questionar a declarada autonomização das relações entre Estado e mercado no sistema de saúde.

Esse fio condutor – o exame das possíveis linhas de continuidade e ruptura das relações entre o público e o privado do atual sistema de saúde, formalmente universal, com seu antecessor, o seguro social – pode contribuir para avançar hipóteses sobre o que teria mudado ou não, no que se refere especificamente aos serviços e planos privados de saúde.

Para identificar os elementos iniciais para uma análise sistêmica dos componentes públicos e privados do sistema nacional de saúde, as informações sobre as relações entre o público e o privado foram agregadas segundo conjunturas distintas. A primeira parte do trabalho dedica-se ao processo de expansão de coberturas e privatização da assistência médica da Previdência Social e a segunda, à reordenação que acompanha o atual modelo de universalização e segmentação das demandas e da oferta de serviços assistenciais. A análise das duas modalidades de articulação entre o público e o privado considera três dimensões: o contexto institucional, a magnitude de recursos públicos e privados envolvidos e, por fim, o debate e as arenas de negociação dos interesses em disputa.

Desenvolvimentismo, expansão de coberturas e privatização: assistência médica previdenciária, incremento da oferta de serviços privados e criação das empresas de planos de saúde

O período desenvolvimentista, marcado pela expansão do capitalismo industrial, pelo reordenamento urbano-institucional e pelo rearranjo das relações entre o público e o privado (Estado e sociedade) por meio da instauração de um corporativismo estatal, atravessa a Era Vargas, os governos democráticos que a sucederam brevemente e a longa permanência do regime militar. O forte intervencionismo estatal que caracteriza a configuração de sistemas de proteção social, marcados pelo corporativismo, incidiu de maneira específica na organização da assistência à saúde.

Não se poderia deixar de assinalar, no entanto, as profundas diferenças – em particular no que concerne ao tema ‘relações entre o público e o privado na organização de esquemas assistenciais de saúde’ – das políticas do regime

militar em relação ao desenvolvimentismo calcado na participação, ainda que tutelada, dos trabalhadores e empresários. As políticas previdenciárias, após a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), em 1967, apoiaram-se na privatização dos serviços de saúde e na expansão de empresas de planos de saúde. Essa primeira aproximação, contudo, não levou em conta outros importantes matizes que poderiam ser trazidos à tona por periodizações mais rigorosas. Entretanto, a opção por dividir o período desenvolvimentista, com base apenas nas relações da organização das instituições de previdência com o ordenamento das redes de serviços de saúde, atende aos objetivos de elaborar um mapeamento parcial dos processos e das formas de acesso da sociedade ao Estado no âmbito da Previdência Social.

OS INSTITUTOS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL E A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

Durante a redemocratização, após a ditadura de Vargas, os institutos de previdência, criados na década de 1930 abrangendo associados por categoriais profissionais, possuíam um cardápio diferenciado de benefícios. Mas apresentavam características semelhantes no que diz respeito à organização de redes de assistência médico-hospitalar.

A consolidação, a expansão de coberturas e o debate sobre a padronização de benefícios previdenciários, no final da década de 1950 e início da década de 1960, levou à preservação e o incremento da prática liberal da medicina e de hospitais privados e dos serviços médicos das empresas empregadoras. Os prestadores privados de saúde complementavam os serviços próprios ou constituíam a rede assistencial dos IAPs.⁶ Os regulamentos dos IAPs admitiam que a assistência médica e hospitalar pudesse ser prestada diretamente ou mediante contratos ou convênios com outras entidades oficiais ou com particulares.⁷

⁶ O Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM) foi criado pelo Decreto n. 22.872, de 29 de junho de 1933; o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes (IAPC), pelo Decreto n. 24.273, de 22 de maio de 1934; o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB), pelo Decreto n. 24.615, de 9 de julho de 1934; o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI), pela Lei n. 367, de 31 de dezembro de 1936; o Instituto dos Servidores Públicos Federais (Ipsafe), pelo Decreto n. 3347, de 12 de junho de 1941; e o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviço Público (Iapfesp), pelo Decreto n. 34.586, de 12 de novembro de 1953.

⁷ O Decreto-lei n. 54, de 12 de setembro de 1934, aprova o regulamento do IAPB. O Decreto-lei n. 183, de 26 de dezembro de 1934, aprova o regulamento do IAPC. O Decreto-lei 8.450 de 26 de dezembro de 1945 instituiu o regime de assistência médica e hospitalar dos servidores federais.

O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), que adotou, inicialmente, critérios claramente securitários de atuação, como limite de idade e comprovação de hígidez para seus associados, posteriormente revogados,⁸ tardou em organizar uma rede de serviços de saúde. Os industriários, que constituíam o maior contingente de segurados, eram atendidos pelos serviços médicos das fábricas, pelos serviços assistenciais do Serviço Social da Indústria (Sesi)⁹ e por médicos que atendiam em seus consultórios particulares e hospitais contratados diretamente pelas empresas empregadoras.

Em 1955, o Sesi constatou a presença de serviços médicos próprios em cerca de 45% de uma amostra de 2.137 indústrias de São Paulo. No Rio de Janeiro, um inquérito semelhante foi realizado em 1960, evidenciando que, entre 329 estabelecimentos, aproximadamente 75% dispunham de serviços médicos. As consultas eram realizadas nos serviços médicos das empresas ou no consultório particular dos médicos e os exames de laboratório ou radiológicos eram encaminhados ao Sesi ou a serviços credenciados pelas empresas empregadoras que ofereciam um desconto de 30 a 50 % (Nogueira, 1967).

A insuficiência da capacidade instalada dos serviços próprios para o atendimento das demandas e a opção por um atendimento diferenciado justificaram a contratação de serviços privados pelos IAPs. Entre 1930 e 1945, o número de segurados ativos das instituições de previdência passou de 157.486 para 2.762.822 e, no final desse período, o número total de hospitais próprios dos IAPs não chegava a quatro (Oliveira e Fleury, 1985).

A expansão das coberturas dos IAPs e as reorientações sobre a relevância da assistência médica como benefício previdenciário estimularam a aquisição e a construção de serviços próprios pela maioria dos IAPs, no final da década

⁸ Decreto n. 1.918 de 27 de agosto de 1937, aprova o regulamento do IAPI, que dispôs:

A inscrição do associado dependerá do preenchimento das seguintes condições: a) ter mais de 14 e menos de 50 anos de idade; b) submeter-se a exame médico, no qual se apure não se achar o examinado em precárias condições de saúde. Aquele que for impugnado no exame médico a que este artigo se refere não poderá ser inscrito como associado, fazendo o Instituto, imediatamente, a comunicação do resultado do exame ao empregador respectivo, para os devidos fins. Essas restrições foram revogadas pelo Decreto-lei n. 8.769 de 21 de janeiro de 1946, segundo o qual a admissão dos associados obrigatórios do IAPI independe de condições de idade e saúde.

⁹ O Sesi, organizado e dirigido pela Confederação Nacional da Indústria, foi criado pelo Decreto-lei n. 9.403, de 25 de junho de 1946.

de 1940 e início da de 1950.¹⁰ A contratação de prestadores privados de serviços tornou-se uma estratégia para complementar ou constituir a rede de serviços em cidades destituídas de estabelecimentos próprios. As categorias associadas aos IAPs manifestavam, explicitamente, preferência pelos serviços privados (Bastos, 1979, 1986). O acesso a um gradiente de qualidade de médicos e hospitais particulares era mediado pelo valor de contribuição para os institutos.

O trabalhador paga a Previdência Social. E a idéia é de que a Previdência era sustentada pelo trabalhador e pelo empregador. A idéia de que isso é um custo social não existia. Eles tinham consciência muito viva do que eles pagavam. Então falavam o seguinte: – Se nós pagamos a Previdência não é para ir para hospital público. Para ir ao hospital público você não precisa pagar coisa nenhuma. Segundo o nosso trabalhador, não é cobaia de estudante de medicina, não vai para hospital de ensino médico (...). Logo a Previdência Social como instrumento de custeio da assistência médica ou vai ter seus serviços próprios ou vai mandar para a casa de saúde particular. Isso não tinha discussão. (...) Era uma reivindicação deles. Eles não admitiam. E muito menos os bancários. (Bastos, 1986: fita 6)

A respeito desta classe profissional, “o [instituto] dos bancários (...) credenciava os melhores especialistas e também os melhores hospitais particulares de cada cidade” (Bastos, 1979: 99).

A constituição de instituições previdenciárias públicas e a acelerada expansão de coberturas dos IAPs foram contemporâneas à emergência de institutos de servidores estaduais, municipais, associações de empregados – como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), criada em 1944 – e esquemas assistenciais organizados diretamente por empresas empregadoras que também adotaram o credenciamento de médicos e hospitais privados. A conjugação de um alargamento da intervenção estatal nas políticas de saúde dirigidas aos trabalhadores para a preservação de modalidades de natureza privada e autônoma dos prestadores de serviços de saúde redefiniu as interfaces entre o público e o privado. É importante sublinhar que as formas heterodoxas e flexíveis de relação entre o público e o privado, que configuraram as políticas de assistência

¹⁰ O IAPC, o segundo maior em número de segurados, optou por organizar uma rede ambulatorial própria ou contratada para controlar a demanda aos serviços hospitalares (embora tenha construído três hospitais próprios). O IAPM, detentor, do menor número de associados, também priorizou os serviços próprios, inclusive hospitalares (construiu três hospitais próprios). Os seus congêneres Iapetec (transportes e cargas) e Ibase também adquiriram ou edificaram hospitais e estabelecimentos ambulatoriais (Bastos, 1979).

médica previdenciária, não foram admitidas, naquele momento, como estratégias de organização da oferta de aposentadorias e pensões. A criação do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB) fez-se acompanhar de uma política de desestímulo proposital à filiação dos trabalhadores do Banco do Brasil a uma caixa de montepio privada, atual Previ.¹¹

Do ponto de vista da oferta de serviços, a opção pelo credenciamento de serviços privados potencializou a construção e as reformas de ampliação de hospitais particulares, nas décadas de 1950 e 1960, e as aspirações de inserção dos médicos no mercado de trabalho. Um médico poderia, com alguma facilidade, tornar-se sócio de um hospital, ser empregado de um IAP e manter seu consultório particular para o atendimento de segurados dos IAPs, trabalhadores de empresas empregadoras que mantinham esquemas assistenciais próprios e clientes particulares. A demanda para o hospital de propriedade do médico era, naturalmente, constituída pelos pacientes dos IAPs e das empresas empregadoras. A diversificação dos vínculos tornava mais favoráveis as condições de atuação dos então ‘empresário-profissionais por conta própria’.

O crescimento dos serviços privados e ainda dos próprios indica, portanto, que os limites de despesas com assistência médica e por vezes de coberturas parecem não ter afetado a conquista pelos IAPs do posto de principais compradores de serviços privados de saúde e, menos ainda, de sua importância como empregadores de médicos e outros profissionais da saúde.

Entre 1934 e 1946, o número de estabelecimentos de saúde aumentou de 1.044 para 3.420. A proporção de estabelecimentos particulares, cerca de 50% do total, manteve-se praticamente inalterada. No entanto, o número de hospitais particulares aumentou de 1.305, em 1946, para 2.390, em 1964, e o de hospitais públicos ficou constante (442 em 1946 e 457 em 1964). Em 1963, os institutos contavam entre seus associados, aposentados e pensionistas (conforme a nomenclatura dos IAPs) com 6.938.700 de pessoas, enquanto a população brasileira era estimada em 77.521.000 de habitantes. Os gastos com assistência à saúde variavam entre os distintos IAPs e, em 1964, atingiram 21,9% do total da receita de contribuições (Oliveira e Fleury, 1985; IBGE, 2005).

¹¹ A Caixa Montepio dos Funcionários do Banco da República do Brasil foi criada em 1904 e rebatizada, em 1934, como Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil. O artigo 29 do decreto de criação do IAPB normatizou a participação dos empregados do Banco do Brasil no IAPB. A Caixa de Previdência do Banco do Brasil será uma instituição pouco relevante até o advento do regime militar. A partir de 1966, é autorizada a complementar os benefícios de aposentadoria de qualquer funcionário da empresa, incluindo os vinculados à Previdência oficial, e aumenta o seu número de filiados de dois mil para quarenta mil. Em 1974, passa a se denominar Previ (Beloch et al., 2004).

As aceções sobre as propriedades do desenvolvimento industrial para resolver, por si mesmas, os problemas sociais explica o hiato entre a pequena abrangência das coberturas previdenciárias em face da magnitude de sua rede assistencial (considerando-se os médicos e hospitais credenciados e as despesas com assistência médica) e os investimentos na então denominada saúde pública. A saúde pública, ou seja, os serviços federais, estaduais e municipais, e as instituições beneficentes eram responsáveis pelo atendimento da maioria da população – os ‘indigentes’. Em 1956, as despesas com assistência médica dos IAPs (Cr\$ 38.787,7 mil) – ressalvando-se que o IAPI, o maior deles, não propiciava cobertura para todos os seus associados e beneficiários – representava, aproximadamente, um décimo dos gastos totais do Ministério da Saúde (Cr\$ 377.402 mil) (Braga e Paula, 1986; Oliveira e Fleury, 1985). As relações entre as instituições previdenciárias e as destinadas aos ‘indigentes’ restringiam-se à subvenção de associações de caridade.¹²

No final da década de 1950 e início da de 1960, a pauta de debates sobre a saúde, no âmbito dos IAPs, estava subordinada à polarização em torno das perspectivas de ampliação e padronização de benefícios para os segurados e pelas concepções sobre a securitização dos IAPs, liderada pelos técnicos do IAPI. Nesse contexto, as influências do Plano Beveridge que, no âmbito mundial, enfrentava simultaneamente o fascismo e o socialismo, parametrizavam (mesmo que indiretamente) as polêmicas entre os defensores de uma previdência mais redistributiva e os adeptos do caráter de capitalização e proporcionalidade da relação entre contribuições e benefícios.

A Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil, de 1945,¹³ poderia ser considerada uma expressão paradigmática do pólo que pretendia uma Previdência Social mais abrangente. Conforme se verifica em seus preceitos:

constitui fim precípua da Previdência Social garantir a todos os brasileiros, e aos estrangeiros legalmente domiciliados no país, os meios indispensáveis de manutenção, quando não se achem em condições

¹² Em 1962, os IAPs em conjunto subsidiaram 465 estabelecimentos hospitalares, 556 para-hospitalares, 1.290 asilos, 699 abrigos, 551 escolas e 294 outros (IBGE, 2005).

¹³ A Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil foi precedida pelo Decreto-lei n. 7.380, de 13 de março de 1945, estendendo aos aposentados e pensionistas das instituições de Previdência Social os benefícios da assistência médica, hospitalar e farmacêutica, e dá outras providências. Esse estatuto legal autorizava a elevação de 0,5% do salário dos segurados para garantir a cobertura das despesas assistenciais.

de angariá-las por motivo de idade avançada, invalidez temporária ou permanente, ou morte daqueles de quem dependiam economicamente. (Artigo 2º, Decreto-lei n. 7.526, de 7 de maio de 1945)

Em oposição, situavam-se os defensores das concepções ‘técnicas’ e contencionistas de seguro, sistematizadas e postas a público por dirigentes do IAPI, como Plínio Catanhede.

O seguro social está muito entrosado em nossa vida econômica e, como não poderia deixar de ser, sofre a influência das grandes dificuldades de ordem geral que aí se fazem sentir; além de ter seus problemas próprios compartilha dos grandes problemas nacionais. Vejamos por exemplo o nível geralmente baixo dos salários, dando origem a benefícios pouco elevados; a desproporção entre os proventos e o custo de vida, nas classes economicamente fracas; a falta de saúde generalizada e a larga incidência de certas moléstias e sobretudo da tuberculose; a subalimentação, em grandes grupos sociais; a crise de moradia e de transportes etc. Nada disso é da alçada da Previdência Social, que não passa, como vimos, de uma modalidade de seguro. (Catanhede apud Oliveira et al., 1978: 188)

Na prática, essas disputas foram decididas em favor do movimento de ampliação das atribuições e coberturas assistenciais dos IAPs, inclusive no âmbito do IAPI. Em 1943, o IAPB incluiu entre suas coberturas a internação por um ano para portadores de tuberculose.¹⁴ O IAPI, pressionado pelo Governo Federal durante a gestão de Helio Beltrão,¹⁵ a partir de 1950, passou a propiciar cobertura para assistência médico-hospitalar por meio de serviços próprios e credenciamento de serviços de terceiros.

As tendências de ampliação dos planos de benefícios ou de cobertura assistencial de cada IAP, que poderiam antes ser interpretadas como resultantes das pressões de grupos específicos, confluíram para as proposições de uniformização das políticas previdenciárias na Lei Orgânica da Previdência Social (Lops),¹⁶ aprovada em 1960. No contexto democrático do final da

¹⁴ O Decreto-lei n. 5.772, de 24 de agosto de 1943, autoriza o IAPB a custear, até o prazo máximo de um ano, a internação, em estabelecimentos especializados, dos seus segurados portadores de tuberculose pulmonar.

¹⁵ Aprovado pelo concurso para o Iapi, em 1937. Um dos formuladores da reforma administrativa de 1967, foi ministro do Planejamento do governo Costa e Silva, entre 1967 e 1969, ministro extraordinário para a desburocratização, entre 1979 e 1984, e ministro da Previdência e Assistência Social entre 1982 e 1983. (Conferir o Instituto Helio Beltrão, disponível em: <www.desburocratizar.org.br>)

¹⁶ Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960.

década de 1950, a Lops foi aprovada em meio à disputa presidencial que deu vitória à oposição liderada por Jânio Quadros. A incorporação das demandas dos segurados, resultante de uma atuação sindical mais coordenada, alargou o espectro de atuação da Previdência Social adotado por cada IAP.

Os impactos da Lops para os desdobramentos da atuação da Previdência Social são inequívocos no sentido da configuração de uma previdência unificada. Mas é preciso observar que o sentido e os propósitos da unificação e ampliação dos direitos dos trabalhadores urbanos estavam inextricavelmente articulados ao projeto de industrialização em curso. Não é por menos que os trabalhadores rurais foram considerados ineligíveis à condição de segurados. E a modulação da assistência médica organizada pela Previdência, orientada pela oferta de mais e melhor para os considerados mais produtivos, marcou profundamente o ordenamento das relações entre o público no sistema de saúde brasileiro.

Pode-se afirmar no que se refere à assistência médico-hospitalar que a Lops normatizou um padrão de ampliação da intervenção do Estado na assistência médico-hospitalar baseado em dois pilares: o credenciamento de serviços e a empresa empregadora. Tais preceitos (artigos 47 a 50)¹⁷ traduziram-se: 1) na instituição de duas modalidades de atendimento – os serviços privados para os que optassem por não participar da remuneração do atendimento prestado e a opção pela livre escolha do médico entre aqueles credenciados mediante o co-pagamento; 2) nas carências e na discriminação de riscos, segundo

¹⁷ Art. 47 – O DNPS organizará os serviços de assistência médica, que será feita de modo a assegurar, quando possível, a liberdade de escolha do médico por parte dos beneficiários, dentre aqueles que forem credenciados, segundo o critério de seleção profissional estabelecido pelo regulamento desta lei, para atendimento em seus consultórios ou clínicas, na base da percepção de honorários *per capita* ou segundo tabela de serviços profissionais, observadas sempre as limitações do custeio dos serviços estabelecidas nesta lei.

Parágrafo único – O mesmo sistema será observado, quando possível, em relação à utilização dos hospitais e sanatórios.

Art 48 – O segurado que utilizar para si ou seus dependentes os serviços médicos em regime de livre escolha participará do custeio de cada serviço que lhe for prestado, na proporção do salário real percebido, segundo a fórmula que o regulamento desta lei estabelecer.

Art 49 – As instituições de previdência social manterão, observado o disposto no art. 118, os serviços próprios de ambulatório, hospital e sanatório que forem essenciais, para os segurados que não quiserem valer-se dos serviços de livre escolha de que tratam os arts. 47 e 48, ou para os casos em que essa forma não for possível ou aconselhável de adotar-se.

Art 50 – Nas localidades onde não houver conveniência na manutenção dos serviços de assistência médica, quer sob a responsabilidade de cada Instituto, quer em comunidade entre estes, promover-se-á a celebração de convênio com empresas ou entidades públicas, sindical e privada, na forma estatuída pelo regulamento desta lei.

as despesas envolvidas no tratamento; 3) na reafirmação e legitimação da participação das empresas empregadoras como arenas de negociação e organização de esquemas assistenciais.

A aceitação tácita de que a Previdência Social intermediaria acessos diferenciados para os segurados, segundo condição de renda e não quanto aos problemas de saúde, sedimentou a segmentação do sistema de saúde brasileiro. Segundo a Lops, os segurados que pudessem escolher os serviços e, para tanto, pagar uma parte das despesas manteriam o direito de serem atendidos nos serviços próprios da Previdência Social, já os segurados de menor renda acessariam exclusivamente os serviços próprios. Instituiu-se, assim, duas modalidades de rede assistencial, ambas legitimadas pela Previdência Social, interligadas pelo financiamento estatal e livre fluxo dos médicos e pacientes de maior renda entre serviços próprios e privados.

Dois outros elementos essenciais à reflexão sobre a organização das redes de assistência médico-hospitalar nesse período são: a tecnificação do ato médico e a elevação dos custos assistenciais e da crise econômico-financeira dos IAPs. A interligação entre os avanços da indústria farmacêutica e a expansão substancial de importações brasileiras de equipamentos médicos contribuíram para a elevação dos gastos da Previdência Social com assistência médica de 7,3%, em 1949, para 19,3%, em 1960 (Braga e Paula, 1986).

No final da década de 1960, os problemas decorrentes da crescente importância econômica da assistência à saúde, projetados sobre uma organização de redes assistenciais baseadas no produtor privado de serviços, já haviam se anunciado. Os trabalhos de Carlos Gentile de Mello consideraram dois fenômenos advindos do padrão de relações entre o público e privado adotado. A variação dos preços e a cobrança indevida dos procedimentos executados pelos serviços credenciados e os múltiplos vínculos dos médicos, incluindo uma alta proporção de assalariados pela própria Previdência Social, foram apontados por Gentile ainda no início da década de 1960 (Mello, 1964, 1980). A liberdade do exercício profissional justificou, também, a aprovação pela Câmara de Deputados em 1964 de um Projeto-de-Lei legitimando o exercício simultâneo de dois cargos públicos pelos médicos (Mello, 1964).

A convivência dos esquemas assistenciais auto-rotulados como liberais pelas entidades de representação dos hospitais privados e entidades médicas, e financiados pelo Estado com a expansão dos serviços próprios dos IAPs, resultou numa fórmula heterodoxa de inserção dos médicos brasileiros nas institui-

ções previdenciárias. Tal como os médicos, os hospitais – com exceção dos próprios IAPs – mantinham vínculos com dois mundos, mas ambos situados nos grandes centros urbanos. A concentração dos serviços assistenciais, conseqüente às expectativas de obtenção de melhores rendimentos, por meio da instalação de serviços e equipamentos modernos próximos às grandes empresas e instalação dos serviços próprios dos IAPs nos mesmos locais, impôs barreiras nítidas ao acesso das populações rurais e das regiões Norte e Nordeste aos recursos diagnósticos e terapêuticos que a medicina passava a dispor (Bahia, 2005).

É importante assinalar, portanto, que algumas das características das relações entre o público e o privado na saúde – entre as quais a privatização e a legitimação da segmentação das demandas – foram estabelecidas antes do golpe militar. A primazia das instituições previdenciárias na articulação de relações entre empresas de plano de saúde-empresas empregadoras e produtores privados individuais frente às instituições de saúde pública também estava cristalizada. A criação dos vários serviços e programas de controle de doenças,¹⁸ relacionados com fluxos migratórios de mão-de-obra para os espaços dinâmicos da industrialização, decalcados das concepções sobre os efeitos automáticos do desenvolvimento sobre a pobreza e os problemas de saúde, e as restrições financeiras decorrentes, entre outros fatores, de uma estrutura tributária incipiente, levariam o Ministério da Saúde a uma “decrepitude administrativa” (Braga e Paula, 1986: 62).

A UNIFICAÇÃO DOS INSTITUTOS: PRIVATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA E A INCORPORAÇÃO ESTRATIFICADA

A unificação dos IAPs, em 1967, pelo Decreto-lei n. 72¹⁹ do regime militar, reposicionou a assistência médico-hospitalar no âmbito da Previdência Social. As antigas dúvidas sobre se competia à Previdência as cober-

¹⁸ Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937, Serviço de Malária do Nordeste, em 1939, e Serviço de Malária da Baixada Fluminense, em 1940. Em 1941, o Departamento Nacional de Saúde do então Ministério da Educação e Saúde compreende os Serviços Nacionais de Tuberculose, Peste, Malária, Leprosia, Câncer, Doenças Mentais, Serviço Nacional de Febre Amarela, Departamento Nacional da Criança, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, entre outros. No início da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública por razões estratégicas relacionadas à produção da borracha. A criação do Ministério da Saúde, em 1953, e a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, em 1956, expressam os objetivos de acelerar os movimentos migratórios internos e a interiorização da expansão econômica (Braga e Paula, 1986).

¹⁹ O Decreto-lei n. 72, de 21 de novembro de 1966, unifica os IAPs e cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

turas para os problemas de saúde foram rapidamente substituídas pelas certezas a respeito de sua importância para a universalização da Previdência Social no Brasil. A política ambiciosa e acelerada de extensão de coberturas, posta em marcha pelo regime militar como meta de universalizar a proteção à saúde, passou a integrar o discurso de dirigentes da previdência unificada. Tal universalização seria obtida graças à participação de instituições públicas e privadas sob supervisão da Previdência Social. Esse processo de ampliação da intervenção da Previdência Social na organização das redes de serviços de saúde transformou-a no principal núcleo de articulação e compra de serviços privados de saúde do país.

Nesse quadro, a incorporação de segmentos antes excluídos às coberturas de assistência médico-hospitalar foi realizada, fundamentalmente, mediante a compra de serviços privados diretamente dos produtores ou de empresas especializadas na comercialização de planos de saúde. A disputa entre projetos assistenciais alternativos e antagônicos gerou tentativas de implementação de modelos até mais liberais. No entanto, prevaleceu e aprofundou-se o padrão, herdado dos IAPs, de transferência de atividades assistenciais mediante contrato à iniciativa privada. No entanto, a manutenção dessa marca de origem, num processo de intensas mudanças, subordinou-se no plano conceitual e pragmático às novas acepções sobre os serviços e as empresas de saúde. Passou-se a atribuir aos serviços e às empresas privadas de saúde o *status* de indústrias geradoras de riquezas e a conceder-lhes mérito pela resolução dos problemas de déficits de cobertura.

Ainda no período prévio à unificação, as novas concepções sobre o papel da assistência médica e da própria Previdência Social do regime militar foram postas em prática. O crescimento do número de segurados e a reorientação da pauta de benefícios concedidos pelo IAPs, especialmente pelo IAPI, anteciparam e sinalizaram os rumos da assistência médica da Previdência Social após 1964.

Depois da intervenção no IAPI, a Previdência Social “entrou na casa de todo mundo”. A assistência médica tornou-se um atrativo para a ‘angariação’ de novos segurados. Segundo Correa Sobrinho (1986: fita 6), a assistência médica e o auxílio natalidade eram os “benefícios basilares”, porque estariam disponíveis para os trabalhadores ativos, enquanto as aposentadorias e pensões só seriam usufruídas no futuro.

A indústria progredia muito, a indústria estava numa fase de ascensão, numa fase de progresso. O Instituto [LAPI] tinha um milhão de segurados. Ingressaram 500

mil, quase 50% de massa nova. Tinha que dar benefícios aos novos segurados. (...) você tinha uma indústria automobilística, uma indústria nova, cheia de gente nova. Estavam ingressando na Volkswagen, na General Motors, na Mercedes-Benz. Tudo gente nova, que ganhava bem, pagava bem, mas que não usava o Instituto [LAPI] para nada. (Sobrinho, 1986: fita 3)

incuti na cabeça dos outros dirigentes do LAPC, LAPB etc. e tal, que eles deviam dar assistência médica, porque a assistência médica angariava mais segurados, a assistência médica era uma assistência direta. Eu comecei a mostrar que eles só poderiam fazer uma boa administração com uma boa arrecadação e, portanto, se tivessem um maior número de segurados. Como conseguir isso? Por meio da assistência médica, pagando auxílio natalidade ao empregado. Cada vez que o sujeito escorregava, eu pegava ele, [sic] eu o protegia. Eles estavam sendo protegidos pela assistência médica. (Sobrinho, 1986, fita 6)

A opção dos dirigentes da Previdência Social pelo aprofundamento e pela extensão do modelo de organização da rede médico-hospitalar autônoma financiada com recursos públicos deveu-se à adição da proclamada ineficiência do setor público à disposição do governo para estimular a iniciativa privada.

Eu achava que a única forma que havia no Brasil de dar assistência médica era criar uma estrutura particular privada. Não a pública, porque a pública ninguém achou que fosse eficiente. O governo havia dado apoio às instituições financeiras. Antes os bancos eram bancos de depósito. Depois criou outras instituições, todas elas não tinham capital nenhum. (...) Minha idéia era de entregar à assistência privada a prestação da assistência médica, assistência médica individual para os segurados ativos. (...) Dar, fazer o médico dar remédio para curar dor de cabeça, curar essas coisas é muito barato. Dispúnhamos de estatísticas que mostravam que o sujeito hígido 1 em cada 35 mil é que tinha que fazer uma operação de risco. Então tratar dos 34.999 não dava quase despesa nenhuma. (Sobrinho, 1986, fita 6).

Da orientação privatizante das políticas de assistência médica emanadas da Previdência Social, derivaram duas vertentes de ação: a convocação de consolidação e criação de empresas de planos de saúde e o financiamento para a compra, reforma e construção de hospitais privados. Os denominados grupos médicos, que mais tarde seriam categorizados como empresas de medicina de grupo, tiveram acesso a ambas as modalidades de apoio estatal. Essas linhas de atuação foram duplamente justificadas. Em primeiro lugar, a opção pela transferência de atividades de assistência à saúde à iniciativa privada inscrevia-se entre as tarefas de desenvolvimento, ampliação e moderni-

zação do capitalismo. Em segundo lugar, a elisão da intervenção governamental, sob uma aura privatizante, reforçava o posicionamento de entidades médicas e empresariais contrárias à ‘estatização da medicina’.

O detalhamento das políticas de privatização da assistência médica da Previdência Social evidencia que os propósitos de uma universalização progressiva das coberturas foram obtidos mediante a especialização e adaptação das redes de serviços ao perfil de cada segmento da demanda. A incorporação dos trabalhadores da indústria, situados em particular em São Paulo, foi realizada por meio dos convênios com as empresas empregadoras. A dos trabalhadores rurais exigiu a convocação das Santas Casas e a extensão do credenciamento dos serviços privados do restante dos segurados e beneficiários e os convênios com instituições públicas.

Esse processo de extensão e incorporação de demandas e ofertas relacionadas à saúde e à Previdência Social tem como um de seus primeiros balizados legais o Decreto-lei n. 66, de 1966,²⁰ que altera a Lops de 1960. As modificações introduzidas no texto da Lops objetivaram ampliar o leque de alternativas dos convênios e contratos com agentes privados pela Previdência Social. A preocupação em detalhar o escopo dos convênios com as empresas (empregadoras), incluindo desde a assistência médica, passando pela avaliação de incapacidades até o pagamento de benefícios pecuniários, revela o deslocamento do papel dos sindicatos de trabalhadores no delineamento das políticas previdenciárias.

Na prática, essas diretrizes vinham sendo adotadas desde a intervenção no IAPI e a execução de um Plano de Emergência, em 1964,²¹ que preconizava os convênios com empresas empregadoras que mantivessem serviços médicos para seus empregados. A possibilidade de realizar esses convênios, que previam a manutenção dos serviços próprios apenas em caráter provisório, foi estendida a todos os IAPs em 1966, poucos meses antes da unificação pelo Plano de Ação da Previdência Social (Paps).²² O Paps recomendava a observação de prioridades institucionais para a prestação de assistência

²⁰ O Decreto-Lei n. 66, de 21 de novembro de 1966, altera disposições da Lei n. 3.607, de 26 de agosto de 1960, e dá outras providências.

²¹ Aprovado em julho de 1964, preconizando os convênios com empresas e entidades que mantivessem serviços para o atendimento dos trabalhadores (Cordeiro, 1984).

²² As premissas do Paps são as mesmas do Plano de Emergência do IAPI, de 1964. Não é por coincidência que José Dias Corrêa Sobrinho foi transferido do IAPI para o Departamento Médico da Previdência Social para executar as tarefas de extensão das coberturas, celebração de convênios com empresas, uniformização e padronização dos procedimentos.

médica, observada a seguinte ordem: serviços médicos das empresas filiadas ou mantidas por órgãos classistas, serviços médicos privados sem finalidade lucrativa e demais serviços privados.

Uma outra medida adotada, logo após a unificação, visando a organizar os serviços médicos para atender a expansão da demanda foi a introdução do pagamento de adicionais de produtividade aos médicos do quadro próprio de servidores do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para os pacientes externos e o pagamento por serviços prestados aos pacientes internos mesmo que nos hospitais próprios. Aos médicos assalariados, após atenderem um valor correspondente a seus honorários como empregados do INPS, foi franqueada a possibilidade de expandir a quantidade de pacientes assistidos.

O afastamento das entidades sindicais dos trabalhadores das decisões sobre os rumos das políticas previdenciárias deu lugar às relações diretas da Previdência com prestadores de serviços e produtores de insumos. As pautas de debate e negociação sobre assistência foram fortemente influenciadas pelas entidades médicas e, mais tarde, pelas de representação dos empresários hospitalares e de empresas de planos de saúde.

No início, as diretrizes de expansão de coberturas e a ampliação da inserção dos médicos e, indiretamente, dos estabelecimentos privados de saúde pelo INPS foram vistas de maneira favorável pelas entidades profissionais. O depoimento do médico Fued Rossi, membro da comissão de finanças da Associação Médica de Goiás, em 1967, esclarece os benefícios advindos da intervenção estatal para a prática em consultórios particulares.

Em última análise dentro da irreversibilidade das tendências que se notam para o profissional, passa a valer o volume de serviços executados. Enquanto um médico otorrino pratica em seu consultório a média de uma intervenção cirúrgica por dia, isso em hipóteses das mais razoáveis, através do INPS ele consegue realizar três, quatro ou mais. A soma dos valores chega, na maior parte dos casos, a ser maior na Previdência do que fora dela. (Médico Moderno, 1967a: 53)

Por outro lado, a apreciação positiva das políticas de assistência médico-hospitalar do INPS pelas entidades não se aplicava aos convênios com as empresas [empregadoras], tidos como antagônicos à livre escolha dos médicos pelos pacientes. As críticas das entidades médicas dirigiam-se, especifica-

mente, aos grupos médicos (empresas de medicina de grupo) que haviam iniciado suas atividades no final da década de 1950,²³ entre as quais a Policlínica Central, responsável pela assistência médica do primeiro convênio empresa com o Iapi, em 1964, com a Volkswagen.²⁴

Para fins de derrogar a ‘intromissão de terceiros no exercício profissional’, exigiu-se a revogação dos dois estatutos legais que respaldavam as empresas especializadas na comercialização de planos de saúde. O artigo 12 do Decreto-Lei n. 66 (permitindo à Previdência Social contratar serviços de terceiros ou das próprias empresas empregadoras, mediante pagamento de preços ou diárias globais, ou *per capita*, que cubram a totalidade do tratamento incluindo os honorários dos profissionais) e o artigo 135 do Decreto-Lei n. 73²⁵ (as entidades organizadas sem objetivo de lucro por profissionais médicos ou por estabelecimentos hospitalares poderão operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares). O arrazoado das entidades médicas contra esses itens, mas amplamente a favor do credenciamento, que assegurava a permanência da prática médica nos consultórios particulares, incluía argumentos contra a estatização.

o Estado deve respeitar o direito de opção exercido no âmbito da família, unidade básica da sociedade, tal como esta é concebida no Brasil. (...) estatização e mercantilização possuem um denominador comum, ambas suprimem os direitos da pessoa física do médico, despersonalizam tanto o médico como o cliente e descaracterizam o médico porque o exploram no sentido comercial ou político. (Médico Moderno, 1967b: 19)

Os outros contendores da disputa sobre o melhor antídoto à estatização – as empresas de planos de saúde – apresentavam, desde então, argumentos baseados na distribuição de renda da população brasileira que inviabilizavam a medicina liberal. A Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), criada em 1966, tornou-se um dos principais pólos de formulação e debates sobre a defesa do empresariamento da prática médica. Nesse mesmo período, a coalizão contrária à definição da rede pública de estabelecimentos

²³ Em São Paulo, grupos médicos atuavam atendendo aos empregados de empresas por meio de convênios diretos entre a empresa empregadora e a empresa encarregada de prestar assistência médica antes de 1964, entre os quais a Policlínica Central, criada em 1956, e a Samcil, fundada em 1962. No Rio de Janeiro, a Senasa (embrião da Golden Cross) foi criada em 1963.

²⁴ Esse convênio, assinado em maio de 1964, baseou-se na Lei Orgânica da Saúde de 1960.

²⁵ O Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1966, dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e institui o seguro-saúde.

de saúde como núcleo de organização e expansão da rede assistencial ganhou um outro importante aliado: a Federação Brasileira de Hospitais, fundada em 1965. Essas alternativas – quer as sugeridas pelas entidades médicas, quer as originadas nas empresas de planos de saúde – foram testadas e normatizadas na seqüência das políticas voltadas à incorporação de segmentos populacionais às previdenciárias.

Na década de 1970, os benefícios previdenciários foram estendidos aos trabalhadores rurais em 1971,²⁶ aos empregados domésticos em 1972,²⁷ aos trabalhadores autônomos em 1973,²⁸ aos maiores de 70 anos e inválidos em 1974²⁹ e aos empregadores rurais em 1975.³⁰ Entre 1968 e 1978, o número de segurados contribuintes praticamente triplicou (de 7.763.058 de contribuintes para 21.166.088). Em meados desta década, os benefícios da previdência atingiam aproximadamente 78% da população urbana e o orçamento da Previdência Social representava cerca de 40% do orçamento federal (Oliveira et al., 1999).

A intensificação da privatização da assistência médica hospitalar, seja por meio dos convênios com empresas ou pelo credenciamento de prestadores autônomos, gerou um conjunto de regras operacionais auto-reguladas e definidas por Portarias, ordens de serviço que normatizaram as relações entre o financiamento e a prestação de serviços. Esse painel de regulação das relações entre o público e o privado foi profundamente absorvido pelas instituições públicas e privadas, delimitando fronteiras entre mercado e Estado vigentes até os dias atuais.

²⁶ A Lei Complementar n. 11, de 25 de maio de 1971, institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (o Prorural).

²⁷ A Lei n. 5.859, de 11 de dezembro de 1972, dispõe sobre a profissão de empregado doméstico. Art. 4º – Aos empregados domésticos são assegurados os benefícios e serviços da Lei Orgânica da Previdência Social na qualidade de segurados obrigatórios.

²⁸ A Lei n. 5.890, de 8 de junho de 1973, altera a legislação de previdência social. Art. 2º – Definem-se como beneficiários da previdência social: segurados: todos os que exercem emprego ou qualquer tipo de atividade remunerada, efetiva ou eventualmente, com ou sem vínculo empregatício, a título precário ou não, salvo as exceções expressamente consignadas nesta lei.

²⁹ A Lei n. 6.179, de 11 de dezembro de 1974, institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências.

Art. 1º – Os maiores de 70 (setenta) anos de idade e os inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, num ou noutro caso, não exerçam atividade remunerada, não auferiram rendimento, sob qualquer forma, superior ao valor da renda mensal fixada no artigo 2º, não sejam mantidos por pessoa de quem dependam obrigatoriamente e não tenham outro meio de prover ao próprio sustento, passam a ser amparados pela Previdência Social, urbana ou rural.

³⁰ A Lei n. 6.260, de 6 de novembro de 1975, institui benefícios de previdência e assistência social em favor dos empregadores rurais e seus dependentes.

Os convênios com empresas, realizados principalmente com as empresas de grande porte em São Paulo, jamais atingiram mais do que 10% da cobertura do total de segurados e beneficiários da Previdência Social (em 1977, o número de segurados cobertos pelos 4.929 convênios com empresas atingiu 1.823.056 e o do total de segurados em 1976 era 18.595.367). Seus efeitos, portanto, não se devem à magnitude da população atendida e sim aos impactos de suas normas sobre definição das coberturas, dos regimes de atendimento e da formatação de planos segundo critérios de *status* socioocupacional. As características finais do plano de saúde para os trabalhadores das empresas do pólo dinâmico da economia foram sendo modeladas ao longo da década de 1970.

A Portaria 106, de 1969,³¹ do Ministério do Trabalho e Previdência Social, previu a restituição de parte das contribuições das empresas de grande porte (um percentual do salário mínimo como subsídio da Previdência Social aos convênios com empresas para a prestação de assistência médica) e a desobrigação da Previdência Social de prestar atendimento aos empregados e dependentes vinculados a essa modalidade assistencial. Em 1971, a Resolução 900.6 do INPS³² estendeu a possibilidade de realização de convênios com empresas de menor porte. A partir de 1972, o INPS autorizou a expedição de atestados para justificar falta por motivo de doença pelos serviços médicos das empresas.

Em 1974, a Previdência Social, no âmbito do Plano de Pronta Ação, estendeu as atribuições dos convênios. O abono dos dias não trabalhados passou a ser uma atribuição exclusiva das empresas de planos de saúde ou dos serviços médicos das empresas empregadoras. Além disso, os empregados e seus dependentes cobertos pelos convênios tiveram suas

³¹ Respalhada pelo Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre a organização da administração federal, estabelece diretrizes para a reforma administrativa. O Art. 156 define que a formulação e a coordenação da política nacional de saúde, em âmbito nacional e regional, caberão ao Ministério da Saúde. Seu parágrafo 2º reafirma que a prestação da assistência médica dará preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas, existentes na comunidade.

³² INPS/900.6, de 14 de julho de 1971. Estabeleceu que os convênios entre a previdência e as empresas poderiam abranger a totalidade ou parte dos seguintes encargos: processamento e pagamento de benefícios; a realização de exames médico-periciais para a concessão de auxílio-doença; prestação de assistência médica e serviços de diagnóstico e terapia aos segurados e dependentes; e prestação global aos acidentados do trabalho. A empresa poderia fazer um contrato global com a Previdência, assumindo todos os encargos ou apenas parte deles. O custeio da assistência médica teria por base um valor fixo mensal de 5% do maior salário-mínimo vigente no país por empregado da empresa.

carteiras de trabalho anotadas para evitar que os mesmos utilizassem serviços da rede própria da Previdência Social. Em 1975, a Resolução INPS/900.10 revogou a de 1971, eximindo a Previdência de prestar assistência aos aposentados, aos trabalhadores que necessitassem reabilitação profissional e aos internados por mais de 180 dias no período de um ano. Essa mesma medida admitia que as empresas optassem pela oferta de regimes assistenciais (só ambulatorial ou global) e por critérios de elegibilidade (só para o empregado ou para o empregado e seus dependentes).

Tal legislação estabeleceu os pilares para a expansão dos planos de saúde. A divisão dos riscos entre o público e o privado – deixando para o primeiro, além dos idosos, os portadores de seqüelas exigentes de reabilitação, pacientes de longa permanência e casos de tuberculose, doença mental, implantes, transplantes, cirurgia cardiovascular, hemodiálise e microcirurgias – e a ampla margem de decisão das empresas empregadoras sobre a amplitude das coberturas e elegibilidade dos dependentes dos empregados conformam os dois principais vetores que dinamizaram o mercado de planos de saúde nas décadas de 1970 e 1980 (Giffoni, 1981; Mello, 1983).

As duas outras características dos planos de saúde também já se haviam delineado. Em 1978, os gastos com planos de saúde oscilavam entre três a dez vezes mais do que as despesas com os demais segurados e beneficiários. A Previdência Social contribuía com cerca de 30% do total do valor dos planos e o restante era absorvido como custo operacional a ser deduzido do pagamento de impostos, inclusive do Imposto de Renda, a partir de 1974, e pagos pelo consumo de toda a sociedade (Abramge, 1978). Em segundo lugar, estabeleceram-se as redes de serviços especializadas no atendimento dos planos adaptados ao *status* socioocupacional dos empregados. O *status* dos empregados nas empresas passou a informar o acesso às melhores condições do atendimento médico-hospitalar, ainda que nesses casos os planos fossem inteiramente ou em grande parte financiados pelas empresas empregadoras.

Na realidade, as fortes pressões dos prestadores de serviços e das empresas de planos de saúde e suas fortes vinculações com o Estado esterilizavam não só o debate sobre um sistema pautado pelas necessidades da demanda, mas até mesmo os esquemas assistenciais liberais formulados pelos ‘mercantilistas autônomos’. O credenciamento universal dos médicos e o co-pagamento pelos segurados, preceitos pétreos da Associação Médica Brasileira

(AMB), foram incorporados no Plano Nacional de Saúde de 1968³³ e testados pelo ministro da Saúde, Leonel Miranda, em Nova Friburgo, Mossoró e Barbacena. Uma versão de credenciamento universal foi implementada pelo ministro do Trabalho e Previdência, Jarbas Passarinho, em Goiás.³⁴ Ambas as experiências fracassaram. Descartada a privatização por meio da preservação da prática liberal financiada diretamente pelo Estado,³⁵ prevaleceram as alternativas híbridas de empresariamento privado dos médicos.

No início da década de 1970, o discurso contra a mercantilização da prática médica foi assumido pelas cooperativas médicas – que formavam a União dos Médicos (Unimed) – organizadas por associações médicas. A Unimed, “um imaginoso mutualismo que socializa os meios e liberaliza os fins” (Unimed, 1997: 58), conciliou a prática médica em consultórios particulares com os convênios com as empresas. Em termos formais, as Unimed, abertas à participação de todos os médicos, consideraram ter atendido ao código de ética médica, que veda a exploração do trabalho médico por terceiros, com objetivo de lucro, finalidade política ou religiosa (Art. 10º – Princípios Gerais) e a obtenção de lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe (Art. 92). Na prática, as Unimed tornaram-se empresas de comercialização de planos de saúde, com uma rede assistencial baseada nos consultórios particulares dos médicos.

Segundo Edmundo Castilho, fundador da primeira Unimed no Brasil, esta foi a alternativa encontrada para que as “empresas [empregadoras] pudessem ter convênio diretamente com os médicos, garantindo aos seus funcionários a livre escolha do atendimento” (Viveiros, 1999: 60). Mas as cooperativas médicas baseadas na impropriedade da obtenção de ‘mais-valia’ (Unimed, 1997)

³³ Decreto n. 062.614, de 24 de abril de 1968. O detalhamento do Plano Nacional de Saúde (PNS) previa a transferência dos estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares públicos para o âmbito da iniciativa privada por meio de arrendamento e a participação dos clientes, com exceção dos ‘indigentes’ no custeio dos serviços utilizados. O PNS, considerando a cobertura de cerca de 70% da população brasileira, seria custeado pela iniciativa privada (46,7%) e por aportes públicos do governo federal (53,3%). Para tanto, a população seria dividida em quatro grupos: a classe D, de maior renda, representando 10% do total, contribuiria com cerca de 150% do valor de cada procedimento; a classe C, ‘média superior’, com 15% da população a ser coberta, caberia contribuir com 65%; a classe B, ‘média inferior’, com 25% da população vinculada, contribuiria com 35%; e, por fim, a classe A ou 50% da população competiria a contribuição de 10% do custeio dos procedimentos utilizados.

³⁴ Em 1969, o ministro do Trabalho e Previdência, Jarbas Passarinho, executou um projeto-piloto em Goiás, também apoiado pela AMB, que facultava a livre escolha de médicos e a prestação de serviços sem teto de remuneração.

³⁵ Oliveira e Teixeira (1985) avaliam que o Plano Nacional de Saúde malogrou menos por ser ‘privatizante’ do que por seu caráter ‘liberalizante’.

sobre o trabalho médico não obtiveram apoio incondicional das entidades médicas. Contudo, a fórmula híbrida encontrada pela Unimed granjeou o apoio de diversas associações médicas. No início da década de 1970, a acelerada expansão das cooperativas médicas nas cidades brasileiras de grande e médio porte refreou o crescimento das empresas de medicina de grupo.

Apesar das tensões entre os empresários de planos de saúde e no interior de determinadas entidades médicas, as diferenças entre as cooperativas médicas e as empresas de medicina de grupo não eram relevantes nem para aqueles que pretendiam enfatizar a integração dos subsistemas de saúde e ampliar a oferta de serviços públicos, nem para os dirigentes da Previdência Social. Carlos Gentile de Mello (1983) considerava as cooperativas médicas e as medicinas de grupo como praticamente idênticas. Por razões distintas, as autoridades governamentais tampouco as discriminaram. Em 1978, a Unimed de Campinas era a principal responsável pelo atendimento de segurados e beneficiários dos convênios com empresas intermediados pela Previdência Social nesta cidade (vinte empresas em 58 e 60% dos cerca de 74 mil beneficiários) (Possas, 1981).

No final da década de 1970, a referida universalização da assistência médica da Previdência Social baseava-se em parâmetros de cobertura de cerca de 80% da população economicamente ativa e por uma rede de assistência hospitalar constituída por 3.157 hospitais e 192.673 leitos em 1980 (Inamps, 1980). Essas altas taxas de crescimento das coberturas previdenciárias obtidas pela extensão e padronização de benefícios tiveram como contraponto a formulação e a montagem de um aparato legal e técnico de suporte às políticas de estratificação da demanda e oferta. Assim, o empréstimo – pelo projeto de universalização das coberturas previdenciárias – do ideário e das práticas de estratificação de corte liberal justificou-se duplamente. A Previdência Social investiu na manutenção e recuperação da força de trabalho dos setores mais produtivos e criou um mercado consumidor adequado às perspectivas de acumulação capitalistas do setor. A criação da Central de Medicamentos (Ceme)³⁶ e do Fundo de Apoio ao Desenvolvi-

³⁶ Criada pelo Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971, como órgão da presidência da República, destinado a promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que, por suas condições econômicas, não pudessem adquiri-los. À Ceme competiam as tarefas de regular a produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos, subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde.

mento Social (FAS)³⁷ apoiaram a consolidação de um complexo médico industrial, estruturado a partir de extensas interfaces entre o público e o privado.

Assim, a intervenção 'branda' do Estado logrou não apenas constituir um mercado inequivocamente dependente da Previdência Social, mas ainda estimulou a criação de esquemas assistenciais alternativos aos oficiais por empresas privadas e estatais. Os convênios com as empresas concretizados por um subsídio financeiro selavam um compromisso formal entre os empresários e a Previdência Social. Uma outra forma de contribuir, amplamente difundida e acatada, foi a montagem de sistemas de seguridade particulares (planos de saúde em geral e planos de saúde e previdência nas empresas estatais). É preciso ressaltar, portanto, que uma parcela substancial dos esquemas assistenciais particulares subsidiados diretamente pela Previdência (cerca de sete milhões de pessoas) e os subsidiados pela dedução fiscal e repasse dos custos com assistência médica (planos de saúde das estatais, autarquias e de empresas privadas, para os quais não se dispõe de dados sobre cobertura nesse período) já estava estruturada no final da década de 1970. Essa intrincada engenharia institucional e a lógica das relações entre o público e o privado na saúde foram questionadas parcialmente pelo Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), projeto elaborado em 1980 por técnicos do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social. No contexto da crise da Previdência Social e da redemocratização do país, o debate sobre a saúde concentrava-se nas críticas e defesa dos serviços privados.

Os setores progressistas argumentavam que “o problema real da assistência médica previdenciária é a questão do privilegiamento ou não da atenção médica privada” e recomendavam que a “rede privada hospitalar, ambulatorial e de serviços de diagnóstico deve ser posta sob o mais rigoroso controle, enquanto ela ainda for necessária” (Braga e Paula, 1986: 212). As expectativas de uma profunda reestruturação do sistema de saúde – incluindo desde a alteração das normas sobre os múltiplos vínculos dos médicos, passando pelas mudanças na natureza institucional, composição e distribuição dos serviços de saúde até as articulações da saúde com outras políticas sociais e participação da sociedade no debate e na deliberação das políticas de saúde – transformaram-se posteriormente em pontos da agenda da Reforma Sanitária.

³⁷ Lei n. 6.168, de 9 de dezembro de 1974. Foi criado com o objetivo de apoiar financeiramente os programas e projetos de caráter social. Os empréstimos dos recursos do FAS para a saúde foram predominantemente destinados para projetos de clínicas e hospitais particulares.

O SUS e a inserção da economia brasileira nos circuitos globalizados: universalização e exclusão

A reforma do sistema de proteção social, inscrita na Constituição de 1988, dirigida a reverter o acentuado padrão de estratificação social, não logrou superar obstáculos de caráter estrutural à extensão das políticas de proteção social. A adesão por parte de setores da burocracia governamental à agenda neoliberal, na década de 1990, tonificou as concepções sobre a concessão de benefícios diferenciados para os mais ‘capazes’. A precariedade das instalações físicas e o racionamento do acesso aos serviços do SUS colaboraram para ampliar as demandas por planos privados de saúde no final da década de 1980 e durante a década de 1990. Por outro lado, a ampliação da participação no debate e a formulação das políticas de saúde das unidades federadas e municípios, bem como do Poder Legislativo e do Judiciário, garantiram a implementação de um conjunto de instrumentos de alocação descentralizada de recursos financeiros para a saúde que redesenharam as relações e as responsabilidades das esferas governamentais na saúde.

Tais avanços e impasses se inscrevem num quadro geral de ‘novo ciclo da política brasileira’, definido como a liberação da dimensão sistêmica da economia das intervenções do Estado na organização das relações e dos conflitos sociais. No contexto das tentativas de redefinição do papel do Estado como regulador das relações capitalistas, a Constituição de 1988, não por acaso, tornou-se o principal alvo de ataque dos postulantes da orientação dos processos de decisão sobre a economia pela lógica do mercado (Vianna, 2005). As reiteradas iniciativas para expurgar do texto constitucional as proposições que o caracterizaram como ordenador de relações entre o público e o privado, pautadas pela preservação e ampliação da soberania nacional, lograram desvincular a ‘esfera da economia’ da ‘do desenvolvimento social’. Essa operação reservou à política a tarefa de redirecionar ações para os setores excluídos da população.

Essa mesma chave analítica vem sendo utilizada para formular hipóteses mais gerais sobre as mudanças no âmbito das sociedades complexas na passagem do século XX ao XXI. Para Cohn (2003), antes os termos expansão e acumulação estavam intrinsecamente unidos. Atualmente, a questão deixou de ser como expandir, como incorporar – a dinâmica da expansão necessita da identificação dos elementos estruturais e dos atores que podem ser deixa-

dos de lado. A eliminação das partes tem como contrapartida a redução da democracia à sua dimensão mínima – a de um método de escolha de governantes no interior do mercado político. Na nova ordem, o caráter exclusivo das sociedades, obtido pela exclusão dos setores irrelevantes, redundava no acoplamento da seletividade máxima ao Estado e democracia mínimos.

Os desdobramentos da inserção da economia brasileira e de outros países da América Latina nos circuitos globalizados surpreenderam os pesquisadores de sistemas de proteção social. Esping-Andersen (2003) sugere que a privatização dos sistemas previdenciários na América Latina não poderia ser prevista nem pelos ‘neoliberais empedernidos’. A experiência chilena fornecia elementos que confirmavam as suposições sobre as estreitas relações entre privatização e ditadura: as políticas de incremento das taxas de poupança e não de garantia do bem-estar subjacentes às reformas da previdência. O alvo dos que pretendem obter a estabilização macroeconômica, por meio de planos previdenciários eficientes, são os sistemas de repartição. A maximização do bem-estar, exigente de reformas no componente contribuição, tais como as relacionadas com o estímulo ao emprego formal e a políticas tributárias, foi sacrificada pela opção de mudanças nos benefícios.

No Brasil, a desconstitucionalização dos direitos sociais e o questionamento da generosidade de benefícios definidos em 1988 caminharam, no mesmo passo, à inserção passiva da economia do país nos circuitos internacionais. A revisão do conceito de ‘seguridade social’ em prol da organização de sistemas de previdência, voltados à redução dos custos do trabalho, baseados nos postulados da contribuição e capitalização individual, afetou a saúde.

O afastamento do SUS das concepções de universalização do bem-estar e das bases de financiamento da Seguridade Social faz-se notar pelo menos em três dimensões articuladas entre si, mas portadoras de lógicas próprias. Em primeiro lugar, a extinção da contribuição direta dos trabalhadores formais e das empresas para o SUS esgarçou mais ainda os vínculos entre o mercado de trabalho e o sistema público de saúde. Em segundo lugar, a ‘liberação do mercado das amarras da intervenção estatal’ afetou também as relações do Estado com os serviços assistenciais e as empresas de comercialização de planos de saúde. A rápida conversão do empresariado brasileiro, incluindo os da saúde, aos postulados neoliberais traduziu-se na difusão da eficiência do mercado e de uma associação inequívoca entre os serviços de saúde de alta qualidade e complexi-

dade à capacidade de pagamento de seus consumidores. Por fim, o reforço de políticas públicas calcadas nas deduções e nos subsídios fiscais, que substituíram as relações diretas entre a Previdência Social e as empresas empregadoras para o provimento de assistência à saúde, não são visíveis e, se evocadas, justificam o acerto das medidas de alívio das demandas ao SUS.

Nesse contexto complexo e desfavorável às teses universalistas, a fragilidade dos instrumentos políticos da saúde para reverter os padrões herdados da medicina previdenciária ficou patente, evidenciando-se pela análise das atuais proporções entre as demandas e a oferta de serviços que conformam a rede SUS e o mercado de planos e seguros de saúde. Apesar das profundas mudanças em sua arquitetura, o sistema de saúde brasileiro mantém inalteradas, desde a década de 1970, algumas de suas características básicas, notadamente a importância dos prestadores privados de serviços e a segmentação das demandas.

A rede de serviços constituída majoritariamente por hospitais privados e o fato de que grande parte dos médicos brasileiros atue em consultórios particulares parecem, à primeira vista, excessivos em relação à cobertura de apenas um terço da população por planos e seguros privados de saúde. No entanto, esses mesmos médicos e a parcela expressiva dos hospitais privados também integram a rede do SUS. Na prática, é a duplicidade dos prestadores de serviços no atendimento à demanda do SUS e à das empresas de planos e seguros de saúde que organiza a rede assistencial do sistema de saúde no Brasil. A existência de prestadores de serviços ‘puros’ está, paradoxalmente, conectada às demandas de planos de saúde de padrão executivo³⁸ ou às populações de cidades que só possuem serviços públicos, em geral localizadas no interior e em regiões de menor renda.

A adaptação da mesma base física de recursos para o atendimento de demandas diferenciadas se concretiza na existência de duas portas de entrada nos hospitais (uma para os clientes do SUS e outra para os de planos e seguros de saúde), no trabalho médico em regime parcial, no setor público e ainda no fluxo de clientes de planos de saúde, cujos contratos não propiciam ou dificultam coberturas para determinados procedimentos remunerados pelo SUS. Uma aproximação da magnitude das relações entre oferta e demanda de serviços e gastos com saúde segundo o tipo de cobertura pode ser visualizada no Quadro 1.

³⁸ Planos de saúde que garantem um valor de reembolso elevado de despesas médicas e acesso aos hospitais definidos como de ‘primeira linha’.

Quadro 1 – Dimensionamento da demanda, da oferta e dos gastos (em 2004) com saúde segundo o tipo de cobertura

Tipo de cobertura	Demanda	Oferta			Gastos com saúde (3) Faturamento das empresas (4)	Estimativa de gastos <i>per capita</i> por ano (5)
		Médicos (1)	Hospitais (2)	Diagnose e Terapia (2)		
SUS	Pelo menos 75% da população	70%	78,5	29%	R\$ 46,574 bilhões	R\$ 264,00*
Planos e seguros privados de saúde	25% do total da população	67%	65,5%	71%	R\$ 27,015 bilhões	R\$ 819,00**

* Gastos públicos com saúde considerando a totalidade da população

**Faturamento das empresas de planos e seguros de saúde, considerando apenas os clientes de planos de saúde

Fontes:

- (1) Conselho Federal de Medicina, 2004.
- (2) IBGE – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 1999/Ipea, 2002.
- (3) Ministério da Saúde, 2004 (estimativa de gastos públicos federal, estadual e municipal).
- (4) ANS, 2004.
- (5) IBGE – Estimativa de População 2002 e ANS – Cadastro de Beneficiários, julho de 2003.

Essas informações confirmam a desproporção entre a demanda à rede de serviços do SUS (pelo menos 75% da população brasileira) e dos planos e seguros de saúde (cerca de 20 a 25% do total de habitantes) relativamente à oferta de serviços disponível e os gastos com saúde para cada segmento. Tais assimetrias e, sobretudo, a aparente virtualidade da rede disponível ao atendimento dos clientes de planos e seguros privados de saúde adquirem sentido e contornos mais nítidos quando detalhadas no Quadro 2. A superioridade da oferta de recursos (em particular, de alguns mais especializados e de maior custo para a demanda envolvida com os planos e seguros privados de saúde) não é uniforme. Observa-se que a inversão entre demanda e oferta dos equipamentos para a realização de diagnósticos por imagem não ocorre em relação aos equipamentos de hemodiálise.³⁹

³⁹ O SUS é responsável pela remuneração de procedimentos, como a terapia renal substitutiva. A proporção dos pacientes em unidades de diálise, remunerados pelas empresas de planos e seguros de saúde, segundo inquérito realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 31 de dezembro de 1999, foi de apenas 4% (Sesso apud Bahia et al., 2004).

Quadro 2 – Proporção de equipamentos disponíveis aos segmentos da população cobertos exclusivamente pela rede de serviços do SUS

Ressonância Nuclear Magnética	28,2%
Mamógrafo	33,7%
Tomógrafo	42,0%
Raios X de mais de 500 Ma	50,0%
Equipamento para hemodiálise	79,8%

Fonte: IBGE – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

Os diferenciais entre oferta e demanda refletem-se nos padrões de utilização de serviços. A proporção dos segmentos vinculados a planos e seguros privados de saúde que tiveram pelo menos uma consulta médica durante um ano foi de 71,9% e a da população exclusivamente coberta pelo SUS, apenas 41,3%. Tal padrão é inverso ao *status* de saúde: a cobertura de planos de saúde é maior entre os que avaliaram seu estado de saúde como bom ou muito bom (25,9%) e é maior do que entre os que consideraram seu *status* de saúde como ruim ou muito ruim (14,5%) (IBGE, Pnad/98). A ‘seleção favorável’, acompanhada por um padrão de maior utilização de serviços entre os que estão cobertos por planos de saúde, estende-se aos idosos. Lima et al. (2002) demonstraram, por meio de um estudo seccional, que os residentes com idade maior ou igual a 60 anos cobertos por planos de saúde apresentaram evidências de melhor condição de saúde, visitaram mais os médicos e usaram um maior número de medicamentos prescritos do que o restante dos idosos.

Tal concentração de recursos direcionados para o segmento com maior capacidade de contribuição individual, direta ou indireta, para remunerar os gastos com saúde não se viabiliza apenas pelo aporte de indivíduos e famílias. Os fundos relacionados com os planos privados de saúde – que, somados, representam três vezes mais recursos *per capita* do que o total do orçamento público destinado ao atendimento do restante da população – originam-se do pagamento de empresas empregadoras e dos gastos das famílias. Assim, as conexões das empresas de planos e seguros de saúde com as instituições que pertencem à órbita do mercado de trabalho conformam fluxos assistenciais e financeiros aparentemente desarticulados daqueles definidos pelo financiamento e pela produção de serviços do SUS. Porém, a separação

entre a organização de fundos e demandas destinados aos planos e serviços privados de saúde não prescinde nem de subsídios governamentais e nem do uso comum de parte da oferta de recursos físicos e equipamentos públicos.

A importância do setor privado, os conflitos em torno das negociações de coberturas das empresas de planos e seguros de saúde e as tentativas de alteração das regras de competição entre as empresas vêm sendo reconhecidas e tratadas por diversas instâncias de regulação. A entrada do tema regulamentação dos planos de saúde na agenda governamental no final da década de 1990 foi movida pela presença de novos agentes no segmento, tanto pelo lado da oferta quanto pelo da demanda, e pelos conflitos dos interesses entre empresas de planos e seguros, prestadores de serviços e clientes.

A expansão da assistência suplementar durante o final da década de 1980 e na primeira metade da de 1990, coincidente com a transição epidemiológica e demográfica e com um desfinanciamento da saúde pública, intensificou problemas assistenciais mas também tornou o segmento atraente aos investimentos de outros grupos econômicos, bem como implicou o reposicionamento das burocracias governamentais. No final da década de 1980, o aumento de clientes de planos individuais, a expansão de cobertura para funcionários públicos e a entrada de grandes seguradoras no ramo saúde reconfiguraram as relações entre empresas, prestadores de serviços e suas clientelas.

Desde então, as informações sobre o número de empresas que atuam no mercado de planos e seguros de saúde e a situação econômico-financeira dessas instituições vêm sendo objeto de análises minuciosas de estudiosos da área da saúde, economia, das consultorias especializadas e, mais recentemente, de lideranças sindicais que ocupam cargos de gerência em planos de autogestão. A maior parte desses trabalhos examina a situação de solvência de todas ou parte das 2.161 empresas de planos e seguros de saúde registradas na ANS e questiona as regras de ampliação de coberturas e controle de reajustes dos preços pelo governo. A pergunta que os inspira, proferida em tom de ameaça explícita ou velada, é: quem atenderia clientes acostumados a um tratamento diferenciado caso as empresas de planos e seguros deixassem de existir?

Essas observações utilizadas isoladamente ou de maneira mais articulada vêm respaldando posicionamentos díspares. Os que afirmam que nada ou muito pouco mudou as convocam para evidenciar que os planos de saúde substituem os IAPs no atendimento aos trabalhadores e ao SUS compete a assistência aos excluídos do mercado formal de trabalho. Quem advoga a

transformação do sistema de saúde brasileiro no sentido da ampliação dos direitos sociais, argumenta que o SUS incorporou um enorme contingente de pessoas anteriormente não atendidas por qualquer instituição de saúde. Uma terceira perspectiva vem sendo formulada no interior das instituições de ensino e pesquisa a partir da interrogação sobre a existência de políticas de saúde competitivas emanadas de instâncias governamentais distintas.⁴⁰ O desenvolvimento dessa última abordagem sobre a segmentação do sistema de saúde brasileiro exige o exame de políticas públicas que conferem suporte à privatização da rede de serviços e empresas de planos de saúde, originadas nos ministérios da área econômica, em instâncias subnacionais por meio de posicionamentos e atos do Poder Legislativo e do Poder Judiciário.

Trata-se, portanto, de inventariar as políticas de saúde em suas diferentes arenas de formulação e execução. O SUS, concebido em formato reduzido ao Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de Saúde, centros de ensino e pesquisa do Ministério da Saúde, laboratórios e serviços de vigilância e estabelecimentos estatais e conveniados, acumula um vasto patrimônio de políticas localizadas e pontuais que reproduzem ou ampliam o papel do componente privado no sistema de saúde.

Os exemplos que ilustram a relevância das políticas de aporte de recursos do SUS aos serviços privados são inúmeros e amplamente reconhecidos em reuniões informais de profissionais e gestores de redes de serviços de saúde. Os baixos valores de remuneração de determinados procedimentos previstos na tabela do SUS são renegociados pelos secretários de Saúde com prestadores privados de serviços. Essas mesmas secretarias, em determinados casos, destinam recursos contínuos, além dos aferidos com a produção de serviços remunerada pela tabela do SUS para os hospitais filantrópicos localizados em suas áreas de abrangência.

Os secretários municipais de Saúde contratam profissionais das Unimed para gerir e prestar atendimento em serviços estatais. O conjunto desses aportes informais ou definidos pelas instâncias locais de recursos financeiros aos prestadores privados de serviços, ainda não dimensionado, é certamente significativo. A conjugação desses instrumentos de transferência do público ao pri-

⁴⁰ Essa hipótese tem sido apresentada ao debate acadêmico por alguns pesquisadores da área de saúde coletiva e economia, entre os quais se destacam Sulamis Dain, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), e Aloísio Teixeira, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

vado com aqueles acionados para resolver imediatamente os problemas da contratação de recursos humanos, como as cooperativas de prestadores de serviços e Organizações Não-Governamentais (ONGs), resulta no delineamento de um panorama bem mais complexo do que o apresentado para debate nas arenas específicas de negociação e deliberação do SUS.

No âmbito do SUS, os processos de relações entre o público e o privado formalmente debatidos e enquadrados normativamente são os que têm direção contrária ao dimensionamento e à reorientação dos aportes adicionais de recursos públicos para os serviços privados. Na prática, a atenção dos integrantes dos fóruns de debate sobre o SUS está voltada à obtenção de recursos financeiros das empresas de planos de saúde sob duas modalidades: a integração voluntária na rede de serviços das empresas de planos e seguros de saúde por meio das ‘duplas-portas’ nos hospitais públicos, cujo paradigma é o Instituto do Coração (Incor), e o ressarcimento ao SUS, que prevê a restituição de parte ou totalidade dos gastos referentes ao atendimento de clientes de planos de saúde na demanda universal.⁴¹

Na esfera da área econômica do Executivo nacional e das secretarias de Fazenda e Planejamento de estados e municípios, as políticas que apóiam a rede privada de serviços de saúde resultam das concessões de subsídios fiscais e do financiamento de planos de saúde para servidores públicos. As deduções fiscais sem limites de gastos com saúde no imposto de renda de pessoa física e jurídica com saúde (inclui pagamento com prestadores privados de serviços de saúde e planos de saúde) representam uma renúncia de R\$ 2.418.428.144,00 (R\$ 17.729.162.262,00 de IRPF e R\$ 689.265.882,00 de IRPJ), em 2004, e de R\$ 2.825.968.578,00 (R\$ 2.055.818.945,00 de IRPF e R\$ 770.149.633,00 de IRPJ), em 2005.

Às deduções do imposto de renda, importante fonte de subsídios à demanda de planos e serviços privados de saúde, soma-se o patrocínio parcial dos planos de saúde para servidores públicos. Os gastos previstos com este item no orçamento da União para o orçamento de 2005, de acordo com o

⁴¹ O atual modelo de ressarcimento é restrito aos casos de internação e atendimentos de urgência e emergência dos beneficiários dos planos de saúde na rede pública e conveniada. A legislação prevê que o ressarcimento seja cobrado com base na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep), com valores, em média, uma vez e meia superiores à Tabela SUS. Mas há casos em que prestadores de serviços preferem registrar o procedimento realizado para os clientes dos planos de saúde como atendimento a ser cobrado ao SUS. Isso porque alguns procedimentos da tabela do SUS têm maiores valores de remuneração se comparados aos pagos pelas empresas de planos privados. Um total de 7.393 hospitais que integram a rede do SUS (3.376 públicos e 4.017 privados) internou clientes de planos de saúde (Scheffer e Bahia, 2005).

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão,⁴² atingem cerca de R\$ 980 milhões (Scheffer e Bahia, 2005). É imprescindível assinalar que esses gastos (cerca de R\$ 2 mil reais por ano para os titulares e dependentes dos 38% dos funcionários que auferem esses benefícios) são muitas vezes maiores do que os disponíveis para a população em geral.

Os Ministérios da Fazenda, da Previdência Social e os governos estaduais e municipais têm sido pródigos na concessão de isenção e deduções fiscais para os serviços e as empresas de planos de saúde. O montante dos subsídios à oferta tampouco é dimensionado, todavia parece expressivo na medida em que, por exemplo, a isenção de impostos para instituições filantrópicas não veda que algumas dessas instituições comercializem planos de saúde.⁴³ As empresas de planos de saúde foram autorizadas, em 2002, a deduzir suas provisões técnicas, para efeito de apuração do lucro real e base de cálculo da contribuição social sobre o lucro líquido (MP 2.158-35) e caracterizou-se a não responsabilidade tributária pela aquisição de carteira de planos privados de saúde (MP 2.189-45). As UnimedS contam com uma extensa imunidade tributária. Várias UnimedS conseguiram, por meio de ações judiciais ou acordos políticos, isentar-se do pagamento de Imposto sobre Serviços (ISS) municipal. Também obtiveram liminares que suspenderam a retenção da Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL) e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), sob a alegação de que as ‘sobras’ das cooperativas não podem ser caracterizadas como lucro.⁴⁴ O governo Lula, em 2004, poupou os hospitais e outros estabelecimentos de saúde do pagamento relativo ao aumento da alíquota da Cofins.

As outras instâncias envolvidas com o debate e a regulação das relações entre o público e o privado na saúde são o Legislativo e o Judiciário. O

⁴² Assistência médica e odontológica aos servidores, empregados e seus dependentes. Anexo III das Informações Complementares ao Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa) 2005. Em 2004, de acordo com a mesma fonte, o Governo Federal gastou R\$ 936.005.815,00 com a assistência suplementar ao funcionalismo. Os recursos destinados ao financiamento de planos para os servidores públicos da administração direta da esfera federal são utilizados pela Fundação Geap e outros que mantêm planos de autogestão de natureza não-lucrativa, mas também contribuem para engrossar a demanda de clientes de empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras. Por exemplo, os Ministérios da Agricultura da Educação e do Meio Ambiente são clientes da Amil, enquanto a advocacia geral da União é cliente da Unimed.

⁴³ Em dezembro de 2004, havia registro na ANS de 105 planos de saúde comercializados por instituições filantrópicas.

⁴⁴ A súmula 276 do Superior Tribunal de Justiça, de 2003, abriu precedente para isenção da Cofins das UnimedS. As cooperativas advogam que devem recolher impostos apenas sobre os atos ‘não próprios’ de sua finalidade. Com as vitórias na Justiça, a carga fiscal que incide sobre uma cooperativa médica é menor do que sobre outras operadoras de planos de saúde (Scheffer e Bahia, 2005).

Congresso Nacional vem assumindo o papel de protagonista no encaminhamento e na aprovação de alguns pontos cruciais das agendas da saúde. A Frente Parlamentar da Saúde, fundada em 2003, composta por parlamentares de diversos partidos políticos, atualmente liderada pelo deputado Rafael Guerra (PSDB), tem como programa de trabalho a produção legislativa para obtenção de mais recursos para a saúde, seja para o SUS por meio da regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), seja para os serviços privados obtida pela manutenção da alíquota de 3% da Cofins. Esse posicionamento, favorável ao aumento dos ganhos dos prestadores privados de serviços, se expressa no Projeto de Lei apresentado pelo deputado Inocêncio de Oliveira (PFL), propondo a adoção dos valores de remuneração definidos pelas entidades médicas como parâmetros para os contratos entre prestadores de serviços e empresas de planos e seguros de saúde.⁴⁵

O pronunciamento de um ativo deputado da Frente Parlamentar, Darcísio Perondi (PDT), durante as audiências públicas da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Planos de Saúde, em 2003, explicita simultaneamente uma visão sobre os limites do SUS e um modelo de empreendedorismo que neutraliza interesses contraditórios. A busca pela melhoria da qualidade da atenção prestada e a eficiência na gestão justificam não apenas os subsídios públicos às empresas privadas, mas também a privatização de entidades filantrópicas e, por vezes, das públicas.

mas o Brasil não pode deixar de ter planos de saúde, e nós temos que ver esse limite, esse mercado de 40 milhões de pessoas que estão nos planos, classe média, média alta, talvez, planos também no nível de empresa, são fundamentais. (...) Para quem não me conhece, sou Vice-Presidente da Confederação das Santas Casas do Brasil. E nós estamos melhorando o nosso setor. Como há dificuldades em todos os setores, têm provedores com dificuldade, mas há Secretários Municipais que deveriam estar na cadeia. Então todo cuidado é pouco ao analisar essa questão. Mas as Santas Casas surgiram antes do Estado propriamente, e o SUS não vive sem a Santa Casa, e essa é a missão das Santas Casas e nunca vai deixar de ser. Se nós vivêssemos num país ideal, justo, sem dificuldades de orçamento, de educação, a Santa Casa, sim, poderia ser uma Santa Casa sem planos de saúde, mas visão empresarial sempre: é gestão, é gestão (...). Se uma Santa Casa

⁴⁵ Projeto de Lei n. 3.466, de 2004, que “estabelece critérios para a edição de lista referencial de honorários médicos, no âmbito nacional, e dá outras providências”, atualmente em tramitação na Câmara.

busca cliente, de uma forma ou outra, com piano, com carro, com propaganda na televisão, que bom. Parabéns, provedor que está fazendo isso e administrador competente que assim está fazendo. (Darcísio Perondi apud Garcia, 2004: 65)

A ampla e visível atuação do Poder Judiciário na regulação dos conflitos entre clientes e empresas de planos de saúde explica-se pelas falhas da legislação que regulamenta as empresas de planos e seguros de saúde e, sobretudo, pela compreensão e interpretação dos direitos à saúde e dos consumidores. A ultrapassagem das regras previstas nos contratos de planos e seguros de saúde apóia-se numa fundamentação jurídica relativa à precedência da preservação da vida sobre determinadas cláusulas restritivas. Em outubro de 2004, por exemplo, o Superior Tribunal de Justiça considerou “abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado” (Superior Tribunal de Justiça, 2004). O texto foi aprovado pela Segunda Seção do Tribunal, composta pela Terceira e Quarta Turmas, e teve como relator o ministro Antônio de Pádua Ribeiro, presidente da Comissão de Jurisprudência, o qual afirmou:

Imagine estar sob a proteção de um plano de saúde, ir a um hospital e o médico decidir pela internação, os exames demoram, e, quando concluídos, o plano vai e diz: olha, nós cobrimos até aqui, até a finalização dos exames, mas daqui para frente não cobrimos mais, tem que pagar por fora. Com saúde não se brinca. Então, qual é a garantia que tem esse cidadão e para que serve esse plano de saúde parcial? (...) Aqui no STJ, enquanto estiver em vigor a Súmula, o entendimento será sempre o mesmo, o resultado da decisão será sempre esse, ou seja, é abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado. (Superior Tribunal de Justiça, 2004)

Estudos sobre os posicionamentos dos denominados ‘operadores do direito’ mostram que os magistrados consideram que “o juiz tem um papel a cumprir em relação aos grupos sociais menos privilegiados que necessitam proteção” (Vianna et al., 1997). O compromisso social dos magistrados, manifestado nas liminares que garantem o acesso a procedimentos médico-hospitalares não contemplados nos contratos, preocupa empresários e autoridades governamentais, uma vez que a imprevisibilidade das demandas ao Judiciário e das sentenças subverte a lógica das relações entre contribuição e benefício que informa os contratos dos planos e seguros de saúde.

Considerando o conjunto das instâncias de debate e decisão sobre a regulação, obtém-se um tracejado do Sistema Nacional de Saúde bem mais tortuoso, extenso e repleto de interligações entre o público e o privado do que o delineado por uma clivagem dual entre os ‘que têm planos de saúde’ e os ‘que só têm direito ao SUS’. A hierarquização dos serviços de saúde, dos médicos e dos tipos de planos de saúde é bem mais complexa e sutil. Segundo um médico que trabalha atualmente no Rio de Janeiro (em entrevista para a tese de doutorado de Ana Tereza Miranda), os clientes de ‘planos ruins’ comprometem a fluidez das relações a serem estabelecidas nos consultórios particulares:

Dependendo do plano, acaba caindo também o padrão da sua clínica. Aí é complicado porque, por exemplo, eu acho que o grande barato do consultório é a troca. Eu gosto do papo que não tem nada a ver com a medicina. Agora, como eu vou trocar com esse tipo de paciente, você não tem o que trocar! Aí fica uma coisa muito mecânica... (Miranda, 2005: 61)

O desejo de entabular relações prazerosas nos consultórios particulares nem sempre é realizado. A mercantilização das práticas de saúde é quase onipresente, os incentivos para o uso de determinadas marcas de medicamentos, de órteses e próteses, a proliferação das empresas privadas de consultoria e auditoria, o atendimento domiciliar e a participação de seguradoras em empresas proprietárias de centros de tratamento intensivo (CTI) afetam profundamente as relações dos médicos com seus pacientes. A renovação e ampliação das fronteiras da acumulação capitalista no setor saúde no Brasil revestiram os médicos, profissionais da saúde e hospitais com roupagens de vendedores e divulgadores de materiais, medicamentos, serviços e planos de saúde. Tais vestimentas, obviamente, não lhes caem bem. Porém, o empresariamento na saúde tem atraído investimentos financeiros de outros setores econômicos e lideranças do movimento sanitário para integrar seus quadros.

Atualmente, não restam dúvidas sobre a capacidade de resistência e articulação política desse ampliado padrão de articulação privada de financiamento, compra e prestação de serviços, viabilizado durante o regime militar, quando exposto aos ventos da redemocratização. A síntese elaborada por Paim (2002) sobre as concepções a respeito do SUS auxilia a compreensão sobre as relações entre o público e o privado no sistema de saúde no Brasil. Os quatro tipos de concepção sobre o SUS definidos pelo autor são: 1) o SUS democrático, desenhado pelo projeto da Reforma Sanitária; 2) o SUS formal, juridicamente estabelecido pela Constituição Federal, por leis

orgânicas, decretos, portarias, resoluções etc. 3) o SUS real refém dos desígnios da área econômica do governo, do clientelismo e da inércia burocrática; 4) o SUS ‘para pobres’, onde se aprende no pobre para depois atender o rico. Estas definições podem ser apropriadas como coordenadas para situar latitudes e longitudes a serem alcançadas.

Considerações finais

Do cotejamento das características da organização da demanda e oferta com os arranjos institucionais, legais e financeiros do SUS e dos sistemas que o precederam, depreende-se: 1) o fim das barreiras de acesso aos cidadãos brasileiros à rede de serviços de saúde, financiada diretamente com recursos públicos; 2) o inequívoco avanço da formalização do direito à saúde na legislação brasileira e o redesenho dos canais de gestão e alocação de recursos federais para atenção à saúde, que passam a se pautar pela articulação entre governos federal, estaduais e municipais; 3) a preservação da composição privada-pública da rede de serviços do SUS e a essência das formas de remuneração de serviços; 4) uma reestratificação das demandas – a maior parte da população tem a rede do SUS como única alternativa assistencial, mas a parcela dos segmentos populacionais de maior renda, que passou a integrar a clientela dos planos privados de saúde, ampliou-se e um segmento da população (pouco expressivo em termos numéricos, sem acesso aos planos, mas com alguma renda para consumir serviços mediante desembolso direto) vitalizou a oferta de serviços ambulatoriais e exames de menor custo em ‘clínicas populares’.

As iniciativas de publicização/democratização do sistema de saúde são muito menos expressivas do que as afeitas à organização administrativo-política do SUS via definição de critérios para alocação de recursos nas três esferas do governo. Além disso, constata-se a existência de um núcleo formulador e executor de políticas competitivas com o SUS. O anúncio de um plano de saúde privado e unificado para os servidores públicos federais da administração direta, de autarquias e fundações, com a criação do Sistema Integral de Saúde do Servidor – a ser implementado até 2006⁴⁶ – revela a disposição da área econô-

⁴⁶ Boletim Contato, n. 43, de 21/01/2005, produzido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <www.planejamento.gov.br>. Consultar também a reportagem Saúde para o Servidor, *Correio Braziliense*, de 21/01/2005.

mica de financiar ativamente e aprofundar a segmentação do sistema de saúde. Nesse contexto, a formulação de Evans (2001) sobre as coalizões de interesses entre os ‘ricos e saudáveis’ e prestadores privados de serviços de saúde adquire um significado específico no Brasil, não apenas em função da forte presença dos interesses privados, mas também pelos alentados e renovados incentivos governamentais.

As previsões sobre o futuro dos elementos que integram o sistema de saúde no Brasil são antagônicas. Esses prognósticos vêm pautando agendas específicas e especializadas de debates e influenciando a formulação das políticas públicas. Nos últimos anos, as expressões ‘ir para o SUS’ e ‘cair no SUS’ tornaram-se sinônimos de ameaça para os segmentos médios. Os argumentos variam desde as formulações sobre o potencial destrutivo do Estado em relação à eficiência do sistema privado até a apresentação da segmentação como um processo transitório de tamponamento social, que se justifica enquanto o SUS amadurece. Sob o primeiro registro, a universalização passou a ser entendida como extensão da escassez, má qualidade e destruição da capacitação tecnológica da medicina brasileira. A constatação de que a magnitude dos recursos financeiros, mobilizados pelos planos e seguros de saúde, é semelhante ao orçamento do Ministério da Saúde estimula diagnósticos sombrios e a reiteração de proposições incrementais. Não é por menos que a única proposta de regulação das interfaces entre o público e o privado que adquire conteúdo legal – o ressarcimento ao SUS – contraria os preceitos do direito universal à saúde.

A retomada das diretrizes da Reforma Sanitária na 12^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, repôs o debate da saúde no contexto dos direitos de cidadania e da conquista de uma democracia efetiva. Ainda assim, a regulação das interfaces entre o público e o privado no sistema de saúde não adquiriu o estatuto de tema central da agenda de debates. As articulações e contraposições entre as políticas governamentais presumidamente destinadas a maximizar a equidade e aquelas voltadas à viabilização dos processos de acumulação de bens e serviços privados de saúde continuam pouco visíveis e quase sempre sombreadas por acepções sobre uma possível expansão do SUS regulada apenas pelo incremento de recursos financeiros. A implementação de uma política sistêmica de regulação de preços orientada pelas necessidades de saúde, a busca de padrões crescentes e universais de qualidade e humanização da atenção, monitorada por indicadores de

desprivatização e desmercadorização das relações entre cidadãos, profissionais e instituições de saúde, a participação das instâncias subnacionais na regulação dos planos e seguros de saúde e a adoção de barreiras ao livre trânsito de agentes e interesses entre as instituições públicas e empresas privadas constituem pontos de uma agenda essencial à expansão das coberturas do SUS e dos direitos à saúde e à cidadania.

A demarcação das fronteiras entre esfera pública e esfera privada não apenas pela percepção de suas demandas, mas também pelo mapeamento de interesses privados e seus representantes, pode contribuir para aproximar o país real do país formal.

Referências bibliográficas

- ABRAMGE. *I Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo*. São Paulo: Abramge, 1978.
- BAHIA, L. Origem e institucionalização das empresas de planos de saúde no Brasil. In: BAHIA et al. (Org.). *Origens e Trajetórias das Empresas de Planos de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Universitária José Bonifácio, 2005.
- BAHIA, L., SIMMER, E. & OLIVEIRA, D. C. de. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4): 921-929, 2004.
- BASTOS, M. V. Saúde e Previdência Social no Brasil: o impacto da Previdência Social na organização dos serviços médicos. *Revista de Administração Pública*. 13(4): 95-116, 1979.
- BASTOS, M. V. Entrevista com Murilo Villela Bastos. Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz. Núcleo de História Oral. Rio de Janeiro: 1986.
- BELOCH, I. et al. *Da Caixa Montepio à Previ: 100 anos do maior fundo de pensão da América Latina*. Rio de Janeiro: Memória Brasil, 2004.
- BRAGA, J. C. & PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- COHN, G. Renovando os problemas nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P. et al. (Org.). *O Clássico e o Novo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CORDEIRO, H. *As Empresas Médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri/Abrasco, 1991.
- CORREA SOBRINHO, J. D. Entrevista com José Carlos Dias Correa Sobrinho. Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz. Núcleo de História Oral. Projeto Inamps, 1986.

- ESPING-ANDERSEN, G. Uma perspectiva transatlântica da política de privatização latino-americana. In: COELHO, V. S. (Org.). *A Reforma da Previdência Social na América Latina*. Rio de Janeiro: FGV, 2003.
- EVANS, R. G. Financing health care: taxation and alternatives. In: MOSSAILOS, E. et al. (Eds.). *Funding Health Care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2001.
- FLEURY-TEIXEIRA, S. *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- GARCIA, M. *A CPI dos planos de saúde: uma análise do posicionamento dos parlamentares*, 2004. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos de Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- GIFFONI, M. R. *Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convênio com a Previdência Social*, 1981. Dissertação de mestrado, São Paulo: Departamento de Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Estatísticas do século XX. Disponível em: <www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos/previdencia_social>. Acesso em: 03/01/2005.
- INAMPS. *INAMPS em dados*. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, 1981.
- LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A. & UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Saúde Pública*, 38(6): 827-834, 2002.
- MÉDICO MODERNO (Revista Profissional e Cultural da Medicina). *Associação Paulista de Medicina contra a intromissão no exercício profissional*. Edição de out. 1967, p. 19. (Coleção Biblioteca Nacional). São Paulo: Gepesa, 1967b.
- MÉDICO MODERNO (Revista Profissional e Cultural da Medicina). *Entrevista com Dr. Fued Rossi*. Edição de dez. 1967, p. 53. (Coleção Biblioteca Nacional). São Paulo: Gepesa, 1967a.
- MELLO, C. G. *A Medicina e a Realidade Brasileira*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.
- MELLO, C. G. Esses mágicos. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 11 fev. 1980.
- MELLO, C. G. Os médicos e a socialização da medicina. *Tribuna Médica*, 278: 7, 1964.
- MELO, M. B. C. As reformas constitucionais e a Previdência Social (1993-1996). In: DINIZ, E. (Org.) *Reforma do Estado e Democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. Brasília: Universidade de Brasília, 1997.
- MIRANDA, A. T. C. *Valores e atitudes dos médicos e pacientes sobre o processo de decisão clínica: o caso da terapêutica hormonal no climatério*, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- NOGUEIRA, D. P. *Serviços médicos de empresas industriais no município de São Paulo*, 1967. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Departamento de Higiene do Trabalho, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- OLIVEIRA, F. E. B. et al. *A Dívida da União com a Previdência Social: uma perspectiva histórica*. Texto para discussão n. 638. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 1999.
- OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1985.
- OLIVEIRA, J. A. et al. In: AROUCA, S. (Coord.). *O Complexo Previdenciário de Assistência Médica*. Programa de estudos sócio-econômicos em saúde (Peses). Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz/Finep, 1978. (Mimeo.)
- PAIM, J. S. Collective health and the challenges of practice. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The Crisis of Public Health: reflections for the debate*. Washington, D. C.: PAHO, 1992.
- PAIM, J. S. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.
- POSSAS, C. *Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- SCHEFFER, M. & BAHIA, L. *Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde: subsídios para a apresentação do tema*. Documento apresentado ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2005. (Mimeo.)
- SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Súmula n. 302. Disponível em: <www.stj.gov.br/SCON/jurisprudencia> e <www.stj.gov.br/webstj/Noticias>. Acesso em: 5 abr. 2004.
- UNIMED. *Unimed 30 anos*. São Paulo: Cartaz Editorial, 1997.
- VIANNA, L. W. *Dois Décadas e Dois anos de Governo Lula*. 2005. (Mimeo.)
- VIANNA, L. W. et al. *Corpo e Alma da Magistratura Brasileira*. Rio de Janeiro: Revan, 1997.
- VIVEIROS, R. *Ética e Solidarismo na Saúde: a trajetória de vida de Edmundo Castilho*. São Paulo: Studio 52, 1999.

