

SAÚDE: O PODER DA ATENÇÃO PÚBLICA

Ligia Giovanella^(*)
Ligia Bahia^(**)

Este trabalho procura responder a um artigo de Ib Teixeira - defensor da privatização da assistência à saúde. Procuramos discutir com este autor as incorreções da utilização de dados no seu artigo intitulado: Saúde: o poder da assistência privada. Para tal recorreremos às fontes rotineiras de informação, sobre serviços de saúde, buscando atualizar as mesmas, através do cálculo de taxas de crescimento da capacidade física instalada e da produção de atividades. Realizamos uma descrição sintética da prestação de serviços, no país, com ênfase na identificação da magnitude da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS. Buscamos contribuir para o debate conjuntural sobre as perspectivas para a solução da crise na atenção à saúde do Brasil.

Como afirmou Wanderley Guilherme dos Santos⁽¹⁾ na década de 70, a Previdência brasileira tende à universalização. Esta previsão foi confirmada na Constituição de 1988 que adota a Seguridade Social como marco de uma política de proteção social universal e equânime. A expansão do sistema público de prestação de assistência médica promovida pela Previdência Social até 1990 e agora pelo Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), é um dos instrumentos para a inclusão de imensos contingentes populacionais à cidadania.

Em que pese a *falência imposta ao Estado*, principalmente pelo governo Collor, o cartorialismo, a ineficiência e a corrupção das instituições públicas, inclusive as de saúde, a verdade é que houve um incremento inegável da cobertura dos serviços de assistência médica e daqueles de vigilância e prevenção dos riscos à saúde. É verdade

também que a denominada assistência médica suplementar - medicina de grupo, seguro saúde, sistemas próprios, cooperativas médicas e planos de administração - cresceu, especialmente ao longo dos anos 80, e passou a atender determinados problemas de assistência médica de uma restrita parcela da população.

É preciso, portanto, reconhecer a presença do Estado na área da saúde para não nos aventurarmos a elaborar proposições alicerçadas apenas em ideologia, seja esta neoliberal ou estatizante.

Teixeira⁽²⁾, em artigo publicado na revista *Conjuntura Econômica* de novembro de 94, utiliza um conjunto de dados para inferir a importância da *livre iniciativa* na assistência à saúde e o fracasso do SUS. A partir dessas conclusões propõe uma parceria entre as empresas médicas e o setor público tomando como paradigma o sistema chileno. A sugestão do autor para a operacionalização da cooperação entre

(*) Pesquisadora e Professora Assistente do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde - NUPES da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

(**) Professora Assistente da Faculdade de Medicina e do Núcleo de Saúde Coletiva da UFRJ

o público e o privado implica: a discriminação da contribuição para a saúde do desconto para a Previdência de empregados e empregadores, para que os beneficiários e empresas possam optar pelo sistema público ou privado; e, dentro deste plano de saúde que melhor lhes aprouver.

As afirmações apresentadas pelo autor aludem: à demissão e aos baixos salários dos médicos contratados pelos serviços públicos; às diferenças de qualidade, produtividade e custos entre as instituições governamentais e privadas; à maior magnitude da capacidade instalada e produção de serviços hospitalares e ambulatoriais da livre iniciativa por referência ao SUS; à maior despesa per capita da assistência médica suplementar em saúde relativamente à do tesouro federal; à opção de trabalhadores pelos planos privados de saúde e, especialmente, à ampliação das clientela dos planos de saúde.

O referido autor recorre a dados institucionais e impressões sobre a realidade da saúde no Brasil para conferir consistência à sua tese. A realização deste procedimento é condizente com posicionamentos conjunturais. O que não é plausível é a metamorfose de intervenções posicionadas, no debate político, em informações *tecnicamente corretas*.

Sem pretender debater os destinos da assistência médica suplementar em nosso país e nem o conjunto de questões arroladas pelo autor, mas tentando corrigir falsas afirmações contidas no artigo citado, examinaremos um conjunto limitado de bases de dados, inclusive algumas a que Teixeira recorreu, para procurar dimensionar a magnitude da assistência pública. Apresentaremos: a proporção dos leitos e estabelecimentos com internação contratados pelo SUS; a participação do SUS no custeio das internações realizadas; os gastos públicos per capita em saúde; e, a população coberta pela medicina de grupo no país, a proporção dos seus beneficiários em cada estado e a distribuição relativa dos mesmos entre os estados. Finalmente analisaremos algumas questões referentes à produtividade e aos custos dos serviços de saúde. Vejamos o que nos dizem as estatísticas mais atuais.

TABELA 1
LEITOS DA REDE DE ASSISTÊNCIA DO SUS POR NATUREZA HOSPITALAR - BRASIL 1992/1994

| HOSPITALAR | LEITOS | | | | | |
|----------------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|
| | 1992 | | 1993 | | 1994 | |
| | N ^o | % | N ^o | % | N ^o | % |
| CONTRATADOS | 229.774 | 46,79 | 229.156 | 45,16 | 228.755 | 45,11 |
| FILANTRÓPICO | 125.319 | 25,52 | 128.596 | 25,34 | 128.643 | 25,37 |
| ESTADUAIS | 65.144 | 13,27 | 64.374 | 12,69 | 61.884 | 12,20 |
| UNIVERS. PESQ. | 24.881 | 5,07 | 38.561 | 7,60 | 40.587 | 8,00 |
| MUNICIPAIS | 28.859 | 5,88 | 33.922 | 6,68 | 35.004 | 6,90 |
| FEDERAIS | 10.832 | 2,21 | 8.340 | 1,64 | 8.053 | 1,59 |
| PRÓPRIOS | 4.833 | 0,98 | 3.708 | 0,73 | 3.343 | 0,66 |
| UNIVER. ENSINO | 1.342 | 0,27 | 767 | 0,15 | 769 | 0,15 |
| SINDICATOS | 48 | 0,01 | 18 | 0,00 | 18 | 0,00 |
| TOTAL | 491.032 | 100,00 | 507.442 | 100,00 | 507.056 | 100,00 |

Fonte: SINTESE/DATASUS* Dados referentes a maio de 1994

LEITOS EXISTENTES E SUA UTILIZAÇÃO PELO SUS

Como se sabe a maioria dos leitos existentes, no Brasil, pertencem a hospitais filantrópicos ou lucrativos. Em 1990 foram contabilizados 23,4 % leitos públicos e 76,6% privados. Também é de domínio amplo, que grande parte desta capacidade hospitalar foi financiada e ainda o é pelo Estado. Em 1990, existiam 533.558 leitos, no país, segundo a pesquisa Assistência Médico-Sanitária - AMS da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE)⁽³⁾. Atualmente (maio de 94), o SUS contrata 507.056 leitos. A partir destes dados o SUS, então, contrataria 95% do total de leitos existentes no Brasil. Porém, por estarmos considerando fontes distintas (DATASUS e FIBGE) e diferentes períodos, é provável que este percentual não corresponda à realidade*.

Essa proporção de leitos contratados pelo SUS pode ser questionada. É plausível admitir que os indicadores obtidos a partir destes dados superestimem a relação público/privado. Contudo, mesmo que em menor proporção, as estatísticas, acima, evidenciam a importância do financiamento

público para a manutenção da rede hospitalar, no Brasil.

A distribuição de leitos da rede SUS conforme sua natureza jurídica é mostrada na tabela 1, construída a partir de 1992, em função da incorporação, neste ano, da maioria dos leitos públicos ao sistema de pagamento via autorização de internação hospitalar (AIH). Nesta tabela, pode-se verificar que cerca de 45% dos leitos pertencem a estabelecimentos privados com fins lucrativos, 25% são de instituições filantrópicas, 8% encontram-se em hospitais universitários e os 22% restantes são de instituições estatais. Cabe lembrar que boa parte dos hospitais universitários pertence a universidades públicas. Esta tabela, permite ainda a visualização de um aumento de leitos contratados pelo SUS de 3%, entre 92 e 93 (taxa maior do que a do crescimento populacional). Em 1994, porém, verifica-se uma estagnação do número de leitos contratados pelo SUS.

ESTABELECEMENTOS COM INTERNAÇÃO CONTRATADOS PELO SUS

O mesmo cálculo pode ser efetuado considerando-se, agora, os estabeleci-

* Para obter uma melhor estimativa da dimensão da contratação de leitos pelo SUS, calculamos, a partir dos dados da FIBGE, como sendo de 0,48% a taxa de crescimento anual do número de leitos na década de 80. Aplicando esta taxa encontraremos um número estimado de leitos para 1994 de 543.802 e uma alteração do percentual de leitos contratados pelo SUS para 93% do total.

mentos com internação existentes e o percentual contratado pelo SUS. Em 1990, o número de hospitais e clínicas para internação, no Brasil, era 7271, segundo o FIBGE. Em 1994, o número destes estabelecimentos que compõe a rede SUS é 6180. Entre 1987 e 1990 houve um aumento absoluto do número de estabelecimentos com internação de 209. Os privados diminuíram 2% e os públicos aumentaram 19%. A taxa de crescimento anual destes estabelecimentos no período 87-90 foi de 1%. Ao aplicar esta taxa para estimar o número de estabelecimentos existentes em 1994, e calcular o percentual destes contratados pelo SUS encontraremos uma proporção de 81,71% do total de clínicas e hospitais no Brasil vinculados ao Estado.

INTERNAÇÕES REALIZADAS PELO SUS

Uma terceira maneira de estabelecer a importância do SUS no que tange à assistência hospitalar é verificar a participação do financiamento público para as internações realizadas no Brasil. A tabela 2 revela que o SUS realizou em 1993, 15.617.080 internações. Segundo a FIBGE, em 1990 foram produzidas 18.801.433 internações no país. Ao calcular, como anteriormente, uma taxa de crescimento anual das internações para o Brasil no período 87-90 encontraremos o valor 5%. Podemos, assim, esti-

TABELA 3
GASTO PÚBLICO DE SAÚDE: TOTAL, POR ESFERAS DE GOVERNO E PARTICIPAÇÃO DO GASTO TOTAL NO PIB EM US\$ MILHÕES DE DEZ/90

| ANOS | UNIÃO | ESTADOS | MUNICÍPIOS | TOTAL | % PIB |
|------|---------|---------|------------|---------|-------|
| 1980 | 7336.5 | 1743.5 | 704.1 | 9784.1 | 2,34 |
| 1981 | 6826.8 | 1710.0 | 704.4 | 9241.2 | 2,36 |
| 1982 | 7126.1 | 1649.5 | 804.7 | 9580.4 | 2,36 |
| 1983 | 5697.1 | 1506.9 | 670.6 | 7874.6 | 2,14 |
| 1984 | 5938.6 | 1429.3 | 591.8 | 7959.7 | 2,15 |
| 1985 | 6836.5 | 1799.4 | 905.3 | 9541.2 | 2,23 |
| 1986 | 7319.1 | 2212.0 | 1111.8 | 10643.7 | 2,27 |
| 1987 | 10590.0 | 1130.5 | 1028.6 | 12749.1 | 2,81 |
| 1988 | 9979.0 | -668.5 | 1614.3 | 10924.8 | 2,69 |
| 1989 | 11264.6 | 1688.1 | 1590.7 | 14543.4 | 3,26 |
| 1990 | 9404.8 | 1995.9 | 1530.0 | 12930.7 | 3,19 |

Fonte: DECNA/IBGE DIVEM/DTN e Balanços Gerais da União, a partir de MEDICI, A. 1993. Gastos com saúde nas três esferas do governo 1980-1990. São Paulo, IESP.FUNDAP

mar que em 1993 o número total de internações realizadas seria 21.621.648. Portanto o SUS seria responsável por 72% destas internações.

Estas estimativas, relativas à participação do SUS na assistência hospitalar, no Brasil, embora simplificadas, evidenciam a forte presença do financiamento público na produção de serviços de saúde. E, contrariam inegavelmente as afirmações, pouco cuidadosas, de autores como Teixeira que pretendem que a livre iniciativa na área da saúde responda por 90% das internações hospitalares. Na realidade, os estabelecimentos privados e filantrópicos dependentes do SUS respondem

por cerca de 70% das internações realizadas pelo SUS. A livre iniciativa é, segundo os cálculos apresentados aqui, responsável por aproximadamente 28% das internações produzidas, no Brasil.

Não duvidamos de Teixeira quanto à afirmação que a medicina de grupo credencie 3.600 estabelecimentos com internação. Este dado evidencia que existe um subconjunto de hospitais e clínicas que são ao mesmo tempo contratados pelo SUS e credenciados pela medicina de grupo. Entretanto, dizer que 330.000 leitos são credenciados pela medicina de grupo, é um enunciado virtual já que o credenciamento de um hospital não significa a utilização permanente de seus leitos. Caso este dado fosse levado em consideração, a produção esperada de internações, para os associados da medicina de grupo, seria 10,9 milhões/ano. O que representaria 69% dos beneficiários internados ao ano.

TABELA 2
AIH PAGAS POR NATUREZA DO PRESTADOR - BRASIL - 1991/1993

| NATUREZA HOSPITALAR | AIH | | | | | |
|---------------------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | 1991 | | 1992 | | 1993 | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| PRÓPRIOS | 142.406 | 0,99 | 111.213 | 0,76 | 75.374 | 0,48 |
| CONTRATADOS | 6.822.857 | 47,34 | 6.769.626 | 44,01 | 6.574.307 | 42,10 |
| FEDERAIS | 145.595 | 1,01 | 230.755 | 1,50 | 179.856 | 1,15 |
| ESTADUAIS | 1.073.167 | 7,45 | 1.415.409 | 9,20 | 1.562.568 | 10,01 |
| MUNICIPAIS | 602.936 | 4,18 | 914.141 | 5,04 | 1.084.672 | 6,95 |
| FILANTRÓPICOS | 4.804.430 | 33,34 | 5.049.102 | 32,83 | 5.084.144 | 32,56 |
| UNIVERS. ENSINO | 322.058 | 2,23 | 42.136 | 0,27 | 27.091 | 0,17 |
| SINDICATOS | 0 | 0,00 | 1.261 | 0,01 | 705 | 0,00 |
| UNIV. de PESQUISA | 498.361 | 3,46 | 847.595 | 5,51 | 1.028.363 | 6,58 |
| TOTAL | 14.411.810 | 100,00 | 15.381.238 | 100,00 | 15.617.080 | 100,00 |

Fonte: SINTESE/DATASUS

GASTOS COM SAÚDE

Os gastos com saúde, no Brasil, apresentam a evolução demonstrada pela tabela 3, que mostra os valores despendidos pelas três esferas de governo. Esta tabela permite visualizar que em 1990, a esfera pública gastou com saúde 12,93 bilhões

de dólares, o que significa dizer um gasto per capita de cerca de 88 dólares, utilizando-se para este cálculo a população de 1991, o que subestima o valor encontrado.

A informação apresentada por Teixeira, que afirma ter a União gasto apenas 14 dólares/per capita, em 1993, é totalmente inconsistente, já que apenas o pagamento das internações hospitalares, efetuado pelo Ministério da Saúde, neste mesmo ano, representou 28,3 dólares per capita⁽⁴⁾.

Em 1993, enquanto as empresas participantes do sistema de medicina de grupo investiram US\$ 2,2 bilhões, União, estados e municípios gastaram 11,3 bilhões com saúde, o equivalente a US\$ 74,02 por brasileiro⁽⁵⁾. Portanto, os gastos per capita das empresas de medicina de grupo, com seus beneficiários - US\$137,5 - são o dobro do Governo e não 10 vezes como afirma o referido autor. Embora o gasto público per capita seja menor do que o da medicina de grupo, seu volume é cerca de 5,5 vezes o gasto desta modalidade da assistência médica suplementar.

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DOS PLANOS DE SAÚDE

Como afirmamos anteriormente, no final da década de 80, houve um aumento dos beneficiários dos planos de saúde, conseqüente à expansão e rearranjo institucional das empresas que comercializam tais produtos. Este crescimento, entretanto, está limitado pelo próprio mercado comprador de planos de saúde: empresas e pessoas físicas. Sendo assim, a partir da vinculação de uma parcela de população às empresas de assistência médica suplementar, constituída em geral por trabalhadores especializados vinculados a grandes e médias empresas e por segmentos das camadas médias das regiões sul/sudeste do país, houve uma estagnação do incremento do número de beneficiários de planos de saúde. Esta assertiva é confirmada pelos dados do próprio Teixeira.

Segundo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), os beneficiários dos planos de saúde desta modalidade da assistência médica su-

TABELA 4
MEDICINA DE GRUPO - POPULAÇÃO COBERTA E DISTRIBUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS POR ESTADO - BRASIL - 1993

| ESTADO | NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS | DISTRIBUIÇÃO ENTRE OS ESTADOS | % BENEFICIÁRIOS NA POPULAÇÃO TOTAL* |
|---------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| SÃO PAULO | 8.981.000 | 56,76 | 28,47 |
| RIO DE JANEIRO | 2.720.000 | 17,19 | 21,28 |
| RIO GRANDE DO SUL | 1.450.000 | 9,17 | 15,87 |
| BAHIA | 520.000 | 3,29 | 4,39 |
| PARANÁ | 403.000 | 2,55 | 4,77 |
| MINAS GERAIS | 380.000 | 2,40 | 2,42 |
| PERNAMBUCO | 315.000 | 1,99 | 4,42 |
| ESPÍRITO SANTO | 145.000 | 0,92 | 5,58 |
| ALAGOAS | 98.000 | 0,62 | 3,90 |
| CEARÁ | 92.000 | 0,58 | 1,45 |
| GOIÁS | 86.500 | 0,55 | 2,16 |
| AMAZONAS | 86.500 | 0,55 | 4,11 |
| PARÁ | 81.000 | 0,51 | 1,56 |
| BRASÍLIA | 81.000 | 0,51 | 5,07 |
| PIAUI | 64.000 | 0,41 | 2,48 |
| MARANHÃO | 63.000 | 0,40 | 1,28 |
| RIO GRANDE DO NORTE | 52.000 | 0,33 | 2,15 |
| PARAÍBA | 40.000 | 0,25 | 1,25 |
| RONDÔNIA | 40.000 | 0,24 | 3,54 |
| SERGIPE | 32.000 | 0,20 | 2,14 |
| SANTA CATARINA | 28.000 | 0,18 | 0,62 |
| MATO GROSSO | 28.000 | 0,18 | 1,38 |
| ACRE | 17.000 | 0,11 | 4,08 |
| MATO GROSSO DO SUL | 8.000 | 0,05 | 0,45 |
| AMAPÁ | 5.000 | 0,03 | 1,73 |
| RORAIMA | 4.000 | 0,02 | 1,85 |
| TOCANTINS | 500 | 0,00 | 0,05 |
| TOTAL | 15.820.500 | 100,00 | 10,30 |

Fonte: DATABRAMGE - reelaborada a partir de Teixeira Ib Conjuntura Econômica. FGV, novembro de 1994. *População estimada pela Divisão de Desenvolvimento de Sistemas - GGPI-MS

plementar representam 10,3% da população brasileira e mais de 50% destes se concentram no estado de São Paulo, cerca de 30% no Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Bahia e o restante se distribui pelos outros estados da Federação (Tabela 4).

Após um *boom* ocorrido em 89, quando o número de beneficiários da medicina de grupo cresceu cerca de 11 vezes, passando de 1,3 milhão para 14,7 milhões, houve um incremento não relevante dos possuidores desses planos de saúde. Segundo a DATABRAMGE, o número de beneficiários passou de

14,5 milhões em 90 para 16 milhões em 93. Sendo que em 92 e 93 o número de beneficiários permaneceu constante.

Se considerarmos que as demais modalidades da assistência médica suplementar (seguro saúde, sistemas próprios, cooperativas médicas e planos de administração) alcancem uma cobertura semelhante à da medicina de grupo isoladamente, e obedeçam à mesma distribuição por estados da federação, é possível estimar que cerca de 50% da população de São Paulo esteja vinculada a algum tipo de plano de saúde. Esta inferência é distinta da apresentada por

Teixeira que se equivocou ao interpretar a frequência relativa dos associados à medicina de grupo entre os estados da federação como se fosse a porcentagem de beneficiários de planos de saúde população em cada estado. Este erro, de superestimação do volume de beneficiários, transformado em *informação*, foi veiculado pelo Estado de São Paulo em 27/10/94.

CUSTOS E EFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A análise dos custos da assistência médica hospitalar é uma questão fundamental da administração dos serviços de saúde, uma vez que tem se verificado nas últimas décadas em todos os países, uma tendência à elevação progressiva dos custos com atenção à saúde: seja pela incorporação crescente e cumulativa de tecnologias para diagnóstico e terapia ao ato médico; seja pela inflação diferenciada dos insumos para a saúde; ou ainda pela modificação das estruturas etárias das populações - aumento da esperança de vida - que traz para os serviços de saúde indivíduos que necessitam cuidados permanentes.

No Brasil, a análise de custos e a comparação destes entre hospitais é difícil de ser realizada. A maioria dos hospitais brasileiros, sejam estes públicos ou privados, não dispõe de sistemas de análise de custos o que inviabiliza uma comparação desideologizada.

A propalada maior produtividade da atenção privada merece ser melhor esclarecida. No país, em 1990, o número de internações por leito/ano nos estabelecimentos privados era 37 e nos públicos 31 (AMS/FIBGE). A rotatividade de leitos, no mesmo ano, apresentou importantes variações regionais. No Sudeste, por exemplo, o número de internações por leito público foi 21 enquanto nos privados foi 33. Porém, diferenças de produtividade e de custos da assistência médica não podem ser atribuídas apenas à ineficiência. É necessário considerar a complexidade dos estabelecimentos de saúde quanto à tecnologia incorporada e problemas de saúde atendidos. Será que os grandes hospitais públicos do Sudeste não são aqueles - que a par de estamparem o mau

atendimento e a ineficiência - que recebem os pacientes portadores de patologias que requerem maior tempo de internação e exigem mais recursos para o tratamento?

Uma maior eficiência na utilização dos recursos públicos, paralelamente à ampliação dos gastos com saúde, é um dos principais desafios para o SUS. Os problemas a enfrentar não são de fácil solução, pois clientelismo e corrupção articulam-se à gerência inadequada. O debate nos últimos meses tem propiciado o desnudamento destas questões. A tipologia das soluções preconizadas - controle social e controle administrativo - é adequada, falta traduzi-la em medidas de maior eficácia.

“Uma maior eficiência na utilização dos recursos públicos, paralelamente à ampliação dos gastos com saúde, é um dos principais desafios para o SUS”

PERSPECTIVAS PARA A INCLUSÃO E CIDADANIA NA SAÚDE

Dimensionamos, através desta breve descrição, a magnitude e a importância do SUS, responsável pela atenção à saúde da maioria da população brasileira. Comprovar a supremacia do SUS, porém, não significa negar a existência de graves problemas.

Fraudes, corrupção, deputados eleitos pelas AIH - *bancada AIH* - desvio de recursos, pias utilizadas como mesas obstétricas e chão das emergências como macas, imposição da escolha pelo médico de quem vai viver, superlotação de emergências, sucateamento de equipamento, baixos salários, demissões em massa de médicos, são imagens drásticas que têm povoado as manchetes dos jornais.

Estas não são imagens apenas produzidas pela *mídia*. Fazem parte da experiência diária de quem busca

assistência pública. Embora o cenário apresentado seja dramático, a intensidade da divulgação dos problemas da atenção à saúde no país, pelos meios de comunicação de massa, é também indicativa da importância e magnitude da atenção pública à saúde para a população brasileira.

Uma das alternativas apresentadas para o caos na saúde é a assistência médica suplementar. Esta pode ser uma solução, que, como vimos, serve a uma restrita parcela da população brasileira. Segundo o Relatório da Comissão Especial para Estudo do Sistema Previdenciário⁽⁶⁾, apenas cerca de 50% da população ocupada no país é vinculada à Previdência Social. Destes, 73% recebem até 5 salários mínimos e apenas 18% mais de 7 (dados de 1989).

É possível assim supor que o mercado para a assistência médica supletiva está saturado, uma vez que atingiu 25% da população brasileira. O que não é, porém, desprezível quanto ao volume de recursos financeiros envolvidos nesta atividade econômica. O mercado brasileiro, embora restrinja-se a uma parcela da população, é maior do que o de vários países. Os não contribuintes da Previdência Social, cerca de 50% da população brasileira ocupada⁽⁷⁾, estariam fora do mercado. Entre os contribuintes, mais da metade (56%) recebe até 3 salários mínimos, o que os impossibilita de arcar com os custos de planos de saúde. Teríamos assim apenas 25% da população brasileira apta a custear seus planos de saúde. O que ratifica a estagnação afirmada acima.

É sempre bom lembrar que os planos de saúde prestam apenas assistência médica individual, não realizam ações de caráter coletivo, excluem da atenção uma série de doenças crônicas e endêmicas e não oferecem serviços qualificados para o atendimento de grandes emergências. Atenção que tem sido suprida pelos serviços públicos.

Mantidas as atuais condições para a aquisição de planos de saúde, parece ser inviável supor que a cobertura dos serviços de saúde para a população brasileira possa ser transferida do âmbito público para a livre iniciativa. E nada indica que a assistência médica suplementar se candidate a substituir as atribuições do Estado no que concerne à atenção à maioria da população e aos

segmentos de ex-beneficiários de planos de saúde, por exemplo, idosos que não conseguem custear o aumento dos prêmios. Por isso, o menosprezo pelas possibilidades e necessidades de reforma dos serviços públicos é contemporâneo ao aumento da pressão das empresas responsáveis pela assistência médica supletiva, sobre o governo, para ampliação de seus mercados, via intervenção estatal na destinação de contribuições sociais para o âmbito privado.

A experiência chilena de reformulação do sistema de atenção à saúde, segundo o receituário neoliberal, utilizada freqüentemente como exemplar, tem poucos resultados. As ISAPRES não alcançam cobrir 20% da população. O desfinanciamento do setor público serviu apenas para a capitalização da previdência privada. A maioria da população permanece vinculada ao setor público.

O caos da saúde no Brasil não será solucionado apenas pela assistência

médica para o atendimento de doenças e sintomas, como pretende Teixeira. Nossa taxa de mortalidade infantil, cerca de 63/1000 nascidos vivos (mais alta que a média para a América Latina), exige uma intervenção de um sistema de saúde que integre prevenção e cura. Somente um desenvolvimento econômico que incorpore o capital humano como um de seus principais fatores, articulado a políticas sociais efetivas, poderá produzir melhorias significativas na saúde da população brasileira.

A principal questão a ser debatida não passa pela eleição da privatização ou da estatização. O Estado pode ser privatizado - reino de interesses particulares - e o privado publicizado - reino de interesses coletivos. É o estabelecimento da atenção à saúde como de interesse coletivo/questão nacional, que deve preencher nossa atenção. Só deste modo alcançaremos de fato a construção da cidadania na saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça, a Política Social na Ordem Brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1987.
- (2) TEIXEIRA, Ib. *Saúde: o Poder da Privatização. Conjuntura Econômica*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. Nov. 1994. pp 28-33.
- (3) FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Assistência Médico-Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 1990.
- (4) MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim SAS*. ano 1, n 3. Brasília: SAS, 1994.
- (5) MEDICI, André apud. *Folha de S. Paulo*. 15/10/1994.
- (6) CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Relatório Final da Comissão Para Estudo do Sistema Previdenciário*. Brasília: Câmara dos Deputados, 1992.
- (7) FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Mapa do Mercado de Trabalho no Brasil*. n 1. Rio de Janeiro: IBGE, 1994.

**O CEBES continua publicando a série
Divulgação em Saúde para Debate.
Esta série não é periódica e destina-se à
publicação de assuntos ou temas específicos
através de convênios com instituições.
O último número versou sobre o X ENATESPO,
com todos os anais do evento. O CEBES tem
alguns exemplares à disposição dos
interessados através de solicitação à nossa
Secretaria Executiva por R\$ 10,00.
Vale a pena conferir!**