

Universidade Federal de Juiz de Fora

Mestrado em Ciências Sociais

Aline da Silva Gomes

**Desmercantilização e estratificação:
universalização da saúde e mercado de planos
e seguros privados no Brasil**

Juiz de Fora

2010

Aline da Silva Gomes

**Desmercantilização e estratificação:
universalização da saúde e mercado de planos
e seguros privados no Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, na linha de Políticas Públicas e Desigualdade Social, como requisito para a conclusão do curso de Mestrado em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Helena da Motta Salles

Juiz de Fora
2010

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Gomes, Aline da Silva.

Desmercantilização e estratificação: : universalização da saúde e mercado de planos e seguros privados no Brasil / Aline da Silva Gomes. -- 2010.

101 f.

Orientadora: Helena da Motta Salles

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, 2010.

1. Política de Saúde. 2. SUS. 3. Mercado de Planos e Seguros Privado de Saúde. I. Salles, Helena da Motta , orient. II. Título.

Aline da Silva Gomes

**Desmercantilização e estratificação:
universalização da saúde e mercado de planos e seguros privados no Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Área de Concentração Políticas Públicas e Desigualdade Social, do Instituto de Ciências Humanas a Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Aprovada em 16 de abril de 2010.

BANCA EXAMINADORA



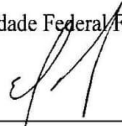
Prof.^a Dra. Helena da Motta Salles (Orientadora)

Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Eduardo Rodrigues Gomes

Universidade Federal Fluminense



Prof. Dr. Eduardo Antônio Salomão Condé

Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Em especial meus pais, presentes em todos os momentos da minha vida, obrigada pelo apoio e incentivo em todas as horas, principalmente as de desânimo e cansaço.

Aos meus irmãos Juliana e Lucas, agradeço a paciência e compreensão.

À professora Helena Motta, agradeço com eterno carinho e gratidão a disponibilidade e interesse em orientar este trabalho, além da confiança na conclusão do mesmo.

Aos professores Eduardo Condé e Ignacio Delgado, agradeço as discussões que tanto serviram para meu aprimoramento intelectual.

Ao professor Eduardo Gomes, agradeço a participação na banca.

Aos amigos, agradeço a oportunidade de compartilhar alegrias e angústias. Em especial os amigos Diego Pacheco e Rodrigo Mudesto, tão presentes nesta trajetória.

Ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, agradeço especialmente aos professores José Alcides, Raul Magalhães e Marcelo Camurça. Ao professor Rubem Barboza, coordenador do programa, agradeço o estímulo e apoio. Ao técnico-administrativo Chico Rocha, obrigada pela presteza em todas as solicitações.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo compreender como o processo de estratificação e de desmercadorização interagiram na política de saúde brasileira no que tange a universalização do Sistema Único de Saúde diante do extenso mercado de planos e seguros privados. Para Esping-Andersen os conceitos de desmercadorização e estratificação são fundamentais para estabelecer sua tipologia de Welfare State. Este trabalho, utiliza-se destes conceitos através da perspectiva neoinstitucionalista histórica para compreender, ao longo da trajetória da política de saúde brasileira, como os sistemas público e privado conformaram a configuração atual caracterizada pela expansão dos dois sistemas.

Palavras-chave: Políticas de Saúde; SUS; Mercado de Planos e Seguros Privado de Saúde

ABSTRACT

The objective of this study is to understand how the stratification and de-commodification process interacted in the Brazilian health policy regarding the universalization of the Unified Health System in the face of the extensive market health insurance private. For Esping-Andersen the concepts of de-commodification and stratification are fundamental to establish their typology of Welfare State. This work uses these concepts through the neoinstitutionalist historical perspective to understand, along the trajectory of Brazilian health policy, how the public and private systems conformed the current configuration characterized by the expansion of the two systems.

Keywords: Health Policies; SUS; Health Insurance Private

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Leitos hospitalares. Brasil, 1935 – 1999.....	43
Tabela 2	Estimativas da evolução da clientela da assistência privada, segundo a modalidade. Brasil, 1976 – 2000.....	71
Tabela 3	Características gerais dos planos de saúde. Brasil, Setembro/2009.....	83
Tabela 4	Planos de assistência médica com ou sem odontologia, segundo a modalidade da operadora. Brasil, 2000 – 2009.....	84
Tabela 5	Planos de assistência médica com ou sem odontologia, segundo Grandes Regiões e Unidade da Federação. Brasil, Setembro/2009	85
Tabela 6	Beneficiários de planos de saúde de assistência médica com ou sem odontologia, segundo faixas etárias e cobertura assistencial. Brasil, Setembro/2009.....	86
Tabela 7	Atendimentos realizados, segundo fonte de financiamento. Brasil, 1998 – 2003.....	88
Tabela 8	Internações realizadas por tipo, segundo financiamento. Brasil, 1998 – 2003.....	90
Tabela 9	Atendimentos por decil de renda, segundo sistema de financiamento. Brasil, 1998 – 2003.....	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Modelos de proteção social.....	15
Quadro 2	Princípios e diretrizes do SUS.....	77

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. ARGUMENTOS ANALÍTICOS: <i>WELFARE STATES</i> , NEOINSTITUCIONALISMO E CASO BRASILEIRO.....	11
2.1 ALGUMAS NOTAS SOBRE OS <i>WELFARE STATES</i>	12
2.2 ESPING-ANDERSEN E OS REGIMES DE <i>WELFARE STATES</i>	18
2.3A PERSPECTIVA NEOINSTITUCIONALISTA E OS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL.....	21
2.4 ALGUMAS NOTAS SOBRE O <i>WELFARE STATES</i> BRASILEIRO.....	26
3. CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: PÚBLICO X PRIVADO.....	32
3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DE 1930: MEDICINA PREVIDENCIÁRIA X SAÚDE PÚBLICA.....	35
3.2 ATORES E CONSTITUIÇÃO DE INTERESSES.....	47
3.3 ANOS 70: PERSPECTIVAS DE MUDANÇAS - II PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO E PLANO DE PRONTA AÇÃO.....	52
3.4 O MOVIMENTO SANITÁRIO E OS CAMINHOS DA UNIVERSALIZAÇÃO	57
4. O SUS E O MERCADO DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE: DESMERCANTILIZAÇÃO ESTRATIFICAÇÃO	62
4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE.....	62
4.2 A ORIGEM DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	65
4.3 ASSISTÊNCIA SUPLETIVA A PARTIR DOS ANOS 80.....	74
4.4 O SUS E A ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE.....	77
4.5 PANORAMA ATUAL DOS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE..	83
4.6 ESTRATIFICAÇÃO E DESMERCANTILIZAÇÃO: O SISTEMA HÍBRIDO BRASILEIRO.....	92
5. CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

1. INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, assim proclama o artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Mas se a saúde brasileira é um direito de cidadania, que tem como princípio o acesso integral e universal a estes serviços, como explicar a existência e o crescimento contínuo do mercado de planos e seguros privados de saúde, estimulado pelo próprio Estado?

Foi esse questionamento que motivou a realização da dissertação *Desmercantilização e estratificação: universalização da saúde e mercado de planos e seguros privados no Brasil*, elaborada no Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora. A pesquisa foi elaborada através de revisão de literatura, além de dados relativos aos planos e seguros privados de saúde disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde.

Para introduzirmos o debate, no Capítulo 1 optamos pela exposição da constituição e do desenvolvimento histórico dos chamados *Welfare States*, ou seja, os sistemas de proteção social. Antes da experiência concreta dessa forma de organização estatal, o Estado protetor, é impossível conceber um conjunto de bens e serviços produzidos pelo Estado destinadas ao bem-estar da população, reconhecendo em certa medida, a insuficiência do mercado enquanto agente auto-regulador das relações sociais. Neste contexto surge a noção de *cidadania* compreendida como garantia plena de direitos civis, políticos e sociais.

No entanto, para responder o questionamento que fundamenta este trabalho, recorreremos a dois conceitos centrais da obra de Esping-Andersen – desmercantilização e estratificação - utilizados para diferenciar seus *tipos ideais* de *Welfare States*, somados à perspectiva neoinstitucionalista histórica. A articulação dos conceitos de desmercantilização e de estratificação nos permite compreender em que medida a Constituição de 1988 foi capaz de garantir a efetivação de um sistema público universal de saúde ao mesmo tempo em que conformou, paralelamente, a existência de vigoroso mercado de planos e seguros privados de saúde. Por outro lado, a perspectiva neoinstitucionalista histórica nos fornece as bases para o entendimento do caso brasileiro à medida que as instituições, entre elas o Estado, são vistas não como arenas de disputas políticas, mas como atores que definem e defendem interesses.

Neste contexto foi realizada a reconstrução da trajetória da política de saúde brasileira, destacando as principais medidas que delinearão a conformação do *mix* público privado.

Apesar de pequena referência à política de saúde no período anterior a 1930, pois as mudanças significativas só ocorrem a partir dos anos 30, é a partir deste período que as políticas sociais alcançarão nova institucionalidade.

Essa nova institucionalidade das políticas sociais virão acompanhadas de nova ordenação das relações sociais, caracterizadas pela falência do *laissez-faire* e instituição da intervenção estatal na vida social. No caso da saúde, o desenvolvimento da assistência neste setor estará atrelado ao desenvolvimento das instituições previdenciárias. Portanto no Capítulo 2 será traçada a trajetória da política de saúde brasileira, destacando a atuação dos atores envolvidos e as principais medidas e ações que definiram o perfil do *mix* público-privado brasileiro, ao mesmo tempo que culminaram na constituição de um sistema público e universal de saúde - o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa revisão histórica permitirá melhor compreender os constrangimentos institucionais interpostos à constituição de um sistema plenamente universal de saúde, e adequado a um *Welfare State* Social-Democrata nos termos de Esping-Andersen.

O SUS é criado num contexto onde o mercado da saúde, incluindo os planos e seguros de privados, estão plenamente estabelecidos. Embora de inspiração universal, muitos são os constrangimentos impostos a sua efetivação. No Capítulo 3, traçaremos o desenvolvimento e as características atuais do mercado de planos e seguros privados, sem desconsiderar os avanços obtidos pelo SUS. É através deste contraste que buscaremos compreender em que medida o processo de desmercantilização e de estratificação, com suas paradoxais complementaridades e tensões, incidiram sobre a política de saúde brasileira.

2. ARGUMENTOS ANALÍTICOS: *WELFARE STATES*, NEOINSTITUCIONALISMO E O CASO BRASILEIRO

O primeiro capítulo deste trabalho tem como objetivo apresentar os argumentos analíticos que o orientam. O objeto de análise desta dissertação é a relação público - privado na política de saúde brasileira, considerando o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação com o mercado de planos e seguros privados a partir de dois conceitos elaborados por Esping-Andersen – desmercantilização e estratificação social.

Neste sentido, buscamos em um primeiro momento situar o debate a partir de uma discussão sobre *Welfare States*, ou seja, os sistemas de proteção social. A relevância desta contextualização está no fato de concebermos que qualquer modelo de proteção social está relacionado a uma série de valores e experiências específicas de cada país, apesar de reconhecermos a importância de fatores exógenos.

Nos estudos de Esping-Andersen sobre *Welfare States*, dois conceitos são utilizados como determinantes para se averiguar o tipo de Estado de Bem Estar constituído, desmercantilização e estratificação. O primeiro refere-se ao grau de participação do mercado na política pública, e o segundo, de acordo com o autor, está relacionado ao fato de todo universalismo de procedimentos gerar intrinsecamente a estratificação dos usuários, na medida em que os que estão em melhores condições passam a recorrer ao mercado para o acesso diferenciado a determinados serviços. Estes conceitos, apesar de elaborados para uma análise macro dos sistemas de proteção social, podem ser aplicados à análise do sistema de saúde, pois é possível perceber no sistema de saúde brasileiro a atuação do mercado e sua estratificação através do vigoroso mercado de planos e seguros privados, convivendo com um sistema público e universal estabelecido pela Constituição Federal desde 1988.

Utilizaremos a perspectiva neoinstitucionalista, abordada através da obra de Telma Menicucci *O Público e o Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil – atores, processos e trajetória* (2007). O argumento principal da autora, e que será incorporado ao trabalho, é a ideia de que no Brasil configurou-se uma *dupla trajetória da assistência à saúde, uma vez que a política regulatória não visou articular os dois segmentos da assistência – o público e o privado – nem definir os espaços respectivos de atuação, mas consagrou a sua independência* (Menicucci, 2007:49).

2.1. ALGUMAS NOTAS SOBRE OS *WELFARE STATES*

O *Welfare States* como objeto de estudo é amplo e variado. Intermináveis são as tentativas de elaborar uma definição; explicar sua origem e características; seu desenvolvimento; suas consequências; os esforços em se criar modelos de análises; o impacto de suas medidas na sociedade contemporânea, entre outros. No entanto, toda esta diversidade de análises e contribuições, tem em comum uma perspectiva que traz subentendida uma concepção de sociedade, um tipo de Estado, uma trajetória institucional específica, e assim inserimos a sociedade brasileira em contexto geral. Partindo desta premissa, elaboraremos uma breve discussão onde possamos situar o debate do *Welfare States* e o que caracterizamos de *Welfare States* brasileiro, para que posteriormente os supostos analíticos do trabalho possam ser desenvolvidos.

Embora os pobres estivessem presentes em outras sociedades, a *questão social* só é legitimada e reconhecida como um problema na metade do século XIX. A primeira iniciativa legal em relação aos pobres é a *Poor Law*, promulgada na Inglaterra em 1861. De acordo com Bobbio (1983), esta lei se constituiu em mais uma tentativa de eliminação dos pobres do que da pobreza, visto que toda comunidade que tinha de prover o sustento de seus pobres, na realidade buscou expulsá-los.

Mas o surgimento de uma legislação social é verificado na Alemanha de *Bismarck* e veio a concretizar-se entre 1883 e 1889 com os primeiros programas de seguro obrigatório contra a doença, a velhice e a invalidez. Este sistema previdenciário alemão teve vasta influência em outros países europeus como a Dinamarca (entre 1891 e 1898); a Bélgica (1894 e 1903) e a Suíça (1890) Bobbio (1983: 403)¹.

Para Faria (1998), podemos destacar duas características do modelo Bismarckiano. Primeiro, seu caráter seletivo ou corporativo; e segundo, seu propósito explícito de pacificar os operários industriais, minar a organização trabalhadora e promover a paz social. Este modelo se tornou um paradigma na análise de *Welfare States* como uma forma de manipulação bonapartista², isto é, como intervenção preventiva de elites precavidas contra o crescente poder do operariado. Os programas eram seletivos ou corporativos na medida em que, no princípio, seus únicos beneficiários eram os operários industriais, considerados como

¹ Gostaríamos de destacar que este trabalho não deseja esgotar o debate acerca de teorias nem de práticas dos *Welfare States*. Assim, as menções a teorias e práticas se darão de acordo com algumas especificidades que serão úteis para compreensão do caso brasileiro.

² A expressão bonapartista utilizada como categoria de análise, refere-se a uma forma de regime político na qual o Estado esta sob o comando de um indivíduo que exerce poder ditatorial sobre a sociedade e o Estado.

uma categoria social que compartilhava os mesmos interesses.

Hicks e Esping-Andersen (2005) consideram que dentro de uma concepção sociológica histórica, os primeiros passos para uma legislação social surgiram em governos conservadores altamente autoritários, e o modelo Bismarckiano é o exemplo. Neste contexto sua função era a perpetuação de um Estado absolutista contra o liberalismo e o socialismo. Os autores ressaltam que nesta fase inicial os movimentos dos trabalhadores não poderiam ter nenhuma contribuição, nem mesmo indireta, na política de bem-estar. Na interpretação de Wanderley Guilherme dos Santos (Santos, W.; 1979) a experiência brasileira sucede de maneira semelhante ao modelo Bismarkiano, pois as primeiras medidas de proteção social aconteceram no período Vargas, com o objetivo de antecipar a demanda e controlar a classe trabalhadora, como veremos adiante.

Mas a expressão *Welfare States* surge para designar as reformas introduzidas na Inglaterra por *William Beveridge* no período posterior à Segunda Guerra Mundial, denominada *Fase Dourada do Capitalismo* (período compreendido entre os anos de 1940 e 1960). Estas reformas tinham a intenção de distribuir benefícios e serviços, disponibilizados a todos os cidadãos, e eram bem mais abrangentes que o modelo Bismarckiano. Porém, é importante enfatizar que uma das suas principais metas era promover a solidariedade entre as classes e evitar a decadência do país no pós-guerra. O plano *Beveridge* concebia um Estado de Bem-Estar cuja principal função seria compensar os indivíduos pela perda de salários, mas, ainda que o combate ao desemprego não tenha se tornado um objetivo político tão prioritário na Inglaterra quanto na Suécia, *Beveridge* fez do pleno emprego, do Serviço Nacional de Saúde e do abono familiar os três pilares de seu plano. Além de enfatizar a proteção à renda, o plano *Beveridge* procurava implementar critérios de universalização dos benefícios e serviços, em detrimento da focalização (Faria, 1998; Hicks e Esping-Andersen, 2005). Faria (1998) resalta que *Beveridge* seguiu os passos de *Keynes* ao compreender a seguridade social como um mecanismo macroeconômico capaz de assegurar a estabilidade³.

Para Fleury (2008), os diversos arranjos nacionais de proteção social podem ser classificados, de acordo com a realidade histórica específica, em três *tipos ideais* de sistemas de proteção social.

- Assistência social: enfatiza-se o mercado com sua capacidade de auto-regulação, sendo que o Estado deve ser restrito ao mínimo necessário para viabilizar a existência

³ Ver: KEYNES, John M. *A Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda*. São Paulo: Atlas, 1992 e HALL, Peter. *The Political Power of Economic Ideas: Keynesianism Across Nations*. Princeton: Princeton University Press, 1989.

do mercado. Os valores dominantes são a liberdade, o individualismo e a igualdade de oportunidades, capazes de gerar condições diferenciadas de competição no mercado. A ênfase no mercado reserva à ação pública um caráter compensatório e discriminatório sobre aqueles grupos sociais que recebem proteção social porque demonstraram sua incapacidade para manter-se adequadamente no mercado. Outra característica é o caráter temporal das ações assistenciais, de natureza emergencial e pontual, gerando estruturas fragmentadas e ações descontínuas de atenção social. As ações assistenciais devem se dirigir aos focos de pobreza ou grupos vulneráveis, sendo necessário apresentar uma prova de inexistência de meios, que ateste sua incapacidade financeira para tornar-se beneficiário. Um exemplo é a *Poor Law*. Fleury (1994) denominou essa relação social como cidadania invertida, já que o indivíduo ou grupo passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social (Fleury, 2008:33).

- Seguro social: tem como característica central a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Sancionado pelo Estado, o seguro social tem uma forte presença da burocracia, que reconhece e legitima as diferenças entre os grupos ocupacionais, em busca de lealdade dos beneficiários. A assistência é focalizada nos pobres, e o seguro social está voltado para grupos de trabalhadores do mercado formal, já politicamente organizados. Visa assegurar àquele que já tenha contribuído durante um determinado período condições de vida semelhantes àquela de um trabalhador ativo. Esse modelo se aplica perfeitamente ao caso de aposentadorias, mas não ao caso da saúde. Como exemplo temos o modelo de seguro social implantado por *Bismark*. O condicionamento dos direitos sociais pela inserção dos indivíduos no mercado de trabalho foi chamado por Wanderley Guilherme dos Santos de *cidadania regulada*⁴, por referência à regulação exercida pela inserção de cada beneficiário na estrutura produtiva (Fleury, 2008: 34-35).
- Seguridade social: designa um conjunto de políticas públicas que, inspiradas em um princípio de justiça social, garantem a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. O caráter igualitário do modelo está associado à garantia de um padrão mínimo de benefícios, universalizados, independente da existência de contribuições anteriores e o acesso aos benefícios depende unicamente da necessidade

⁴ Cidadania regulada: *conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definida em lei. (...) Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cujo a ocupação a lei desconhece* (Santos, W. 1979:68).

dos indivíduos. Ao desvincular benefícios de contribuições, é estabelecido um mecanismo de redistribuição por intermédio de políticas sociais que têm como objetivo corrigir as desigualdades geradas no mercado. O Estado desempenha um papel central tanto na administração como no financiamento do sistema, que destina recursos importantes do orçamento público para a manutenção das políticas sociais. A referência histórica é o Plano *Beveridge* (Fleury, 2008: 35).

De forma simplificada, o quadro abaixo, proposto por Fleury (1994) é bem elucidativo quanto a estes modelos de proteção social.

Quadro 1 – Modelos de proteção social

MODALIDADE	Assistência	Seguro	Seguridade
Denominações	Residual	Meritocrático	Institucional
Ideologia	Liberal	Corporativista	Social-Democrata
Princípio	Caridade	Solidariedade	Justiça
Efeito	Discriminação	Manutenção	Redistribuição
<i>Status</i>	Desqualificação	Privilégio	Direito
Finanças	Doações	% Salário	Orçamento
Atuarial*	Fundos	Acumulação	Repartição
Cobertura	Focalização	Ocupacional	Universal
Benefício	Bens e serviços	Proporção do salário	Mínimo Vital
Acesso	Prova de meios	Filiação	Necessidade
Administração	Filantrópica	Corporativa	Pública
Organização	Local	Fragmentada	Central
Referência	Lei dos pobres	<i>Bismark</i>	<i>Beveridge</i>
CIDADANIA	Invertida	Regulada	Universal

Fonte: Fleury (*apud* Fleury, 2008: 32).

* O regime atuarial envolve a forma e a seleção de critérios de distribuição dos recursos financeiros captados.

1.

Múltiplas são as análises que procuram explicar a origem e o desenvolvimento dos *Welfare States*. Marta Arretche (1995), realiza um esforço para sistematizar e interpretar alguns trabalhos de acordo com alguns argumentos que, segundo ela, constituem as correntes mais influentes do debate contemporâneo sobre o tema. Vale destacar que, desde que os *Welfare States* se tornaram objeto de pesquisa, as variáveis analíticas de interpretação deste fenômeno sofisticaram-se crescentemente. Nas décadas de 1950 e 1960, prevalecem os estudos baseados fortemente no indicador *volume do gasto social*, já a partir da década de 1980 a análise se sofisticava baseando-se os indicadores na *forma e natureza do gasto*.

Arretche (1995) alinha estas produções em duas grandes correntes interpretativas mais gerais. A primeira refere-se a argumentos segundo os quais os condicionantes de emergência e desenvolvimento do *Welfare States* são predominantemente de ordem econômica, e se encontra subdivida em duas linhas gerais. A segunda refere-se a uma corrente de explicações cujos condicionantes de emergência e desenvolvimento do *Welfare States* são preponderantemente de ordem política, sendo esta subdivida em quatro linhas argumentativas. De maneira sintética, vamos expor a contribuição da autora, destacando que ela utiliza obras de autores que considera como os grandes expoentes, tendo estes construído argumentos que vão se refinando ao longo do tempo, o que permite que o mesmo autor seja encontrado em linhas interpretativas diferentes. Também destacamos que embora estes pertençam a linhas de interpretações mais gerais, há diferenças entre eles.

Na linha de argumentação baseada em argumentos predominantemente econômicos, vamos encontrar as interpretações em que o *Welfare States* é um desdobramento necessário das mudanças postas em marcha pela industrialização das sociedades, e o *Welfare States* surge como uma resposta às necessidades de acumulação e legitimação do sistema capitalista.

Harold Wilensky, Richard Titmuss e T. H. Marshall, apesar das diferenças, têm em comum o fato de sustentarem o núcleo de suas respectivas argumentações nos impactos do processo de industrialização sobre as formas de intervenção e atuação do Estado. De acordo com estes autores, o processo de industrialização característico das sociedades mais desenvolvidas acarretou mudanças sociais / demográficas e divisão social do trabalho, que levaram o Estado a adotar os serviços sociais como forma de garantir a sobrevivência da sociedade. Marshall é mais radical ao afirmar que *a origem e o desenvolvimento do Welfare fazem parte de um processo que é definido fundamentalmente pela evolução lógica e natural da ordem social em si mesma* (Marshall *apud* Arretche, 1995:17).

Os autores que se filiam a interpretação de que o *Welfare States* é uma resposta às necessidades de acumulação e legitimação do sistema capitalista (James O'Connor e Claus Offe) estabelecem uma relação direta entre as necessidades postas pelo processo de acumulação capitalista e, de outro, as funções desempenhadas pelo Estado, sem demonstrar por quais razões o Estado capitalista efetivamente desempenha tais funções (Arretche; 1995:25). De forma bem resumida, o argumento se limita a reduzir as políticas do *Welfare States* a uma forma do Estado garantir o processo de acumulação intrínseco ao sistema capitalista.

Na segunda corrente de argumentação, de ordem política, os condicionantes de emergência e desenvolvimento do *Welfare States* são: a) resultado de um acordo entre capital

e trabalho organizado, dentro do capitalismo; b) resultado de uma ampliação progressiva de direitos: dos civis aos políticos, dos políticos aos sociais; c) diferentes resultados da capacidade de mobilização de poder da classe trabalhadora no interior de diferentes matrizes de poder; d) resultado de configurações históricas particulares de estruturas estatais e instituições políticas. Destacamos que as duas últimas correntes merecem atenção especial neste trabalho e serão desenvolvidos separadamente.

Para Ian Gough, o *Welfare States* significa uma das facetas do estado capitalista contemporâneo – sua faceta social, cujo desenvolvimento é explicado em termos incrementais. Para ele o *Welfare States*, ainda que qualifique a natureza do Estado nos países capitalistas avançados, se refere àquelas atividades estatais garantidoras da reprodução da classe trabalhadora ou da manutenção da parcela populacional que não produz diretamente, a população não-trabalhadora. Assim, as políticas sociais desempenham funções relativas à garantia da acumulação de capital, à reprodução da força de trabalho e à legitimação social (Ian Gough *apud* ARRETCHE, 1995:39).

T.H.Marshall em *Cidadania e Classe Social* (originalmente publicado em 1950), defende a idéia de ampliação progressiva da noção de cidadania. Utilizando-se do caso inglês como exemplo, o autor argumenta que a crescente igualdade política modifica as desigualdades econômicas através da política social, e sua noção de cidadania corresponde a três tipos de direitos: civis, políticos e sociais. Essa noção de cidadania compreende que os direitos são ampliados progressivamente em seu conteúdo através da ampliação progressiva das camadas sociais que a eles tinham acesso. Esta ampliação ocorre no plano da sociedade e no plano do Estado, sobretudo pela ação das classes sociais (Arretche, 1995).

Sendo a definição de Marshall de cidadania elaborada pela observação da constituição destes direitos no processo histórico vivenciado pelos ingleses, esta sequência se coloca como cronológica e lógica. Para Carvalho (2002), a idéia sequencial de direitos e a própria cidadania são fenômenos históricos, e, se o ideal de cidadania no Ocidente pode ter um desfecho semelhante, os caminhos percorridos são bem distintos nos diversos países. Segundo Esping-Andersen (1991) e Hicks; Esping-Andersen (2005), dentre as várias definições de *Welfare States*, a de T. H. Marshall é a mais influente na sociologia, pois ele concebe a cidadania social como a idéia fundamental de um *Welfare States*

2.2 ESPING-ANDERSEN E OS REGIMES DE *WELFARE STATES*

A interpretação de Gosta Esping-Andersen corresponde à corrente explicativa dos diferentes tipos de *Welfare States*, pois eles são resultados da capacidade de mobilização de poder da classe trabalhadora no interior de diferentes matrizes de poder (Arretche, 1995: 46).

É importante destacar a importância de Esping-Andersen na sua contribuição para as pesquisas comparadas no campo do *Welfare States*. Mais do que distinguir a existência de três distintos regimes de distribuição de serviços sociais - esforço aliás já enunciado por Titmuss - ele articula sua existência às condições de sua emergência, à matriz de poder que os tornam viáveis.

A defesa das políticas sociais fez parte do próprio processo de constituição da classe trabalhadora enquanto classe *para si*. Dito de outro modo, a classe trabalhadora tem objetivos históricos de emancipação, quais sejam, a desmercantilização da força-de-trabalho e do consumo, a reestratificação da sociedade de acordo com o princípio da solidariedade, correções redistributivas das desigualdades produzidas pelo mercado e a institucionalização do pleno emprego. O debate em torno da possibilidade de que a adoção das políticas sociais viesse a constituir-se em um instrumento da construção e fortalecimento destes objetivos fez parte da formação mesma dos movimentos operários. Progressivamente, a concepção social-democrata de que a reforma social contribuiria para o fortalecimento da capacidade de pressão da classe trabalhadora viabilizou-se como uma alternativa real de política (Arretche, 1995: 46).

Portanto, a implantação (ou não) de políticas sociais e seu conteúdo está fortemente vinculada à forma como a classe trabalhadora solucionou o conflito redistributivo em cada país específico. Nas variáveis consideradas por ele, as forças históricas são interativas e determinantes para as diferenças dos regimes. Elas envolvem, em primeiro lugar, o modelo de formação da classe trabalhadora; em segundo, a edificação de coalizões políticas durante a transição de uma economia rural para uma sociedade de classe média e em terceiro, o legado histórico que contribuiu decisivamente para a institucionalização das preferências de classe e do comportamento político na formação do regime e em suas reformulações.

Para Esping-Andersen (2000), as tipologias possuem três utilidades. Primeiro, permitem-nos uma visão de totalidade; segundo, facilitam ao analista perceber uma lógica que conecta um movimento e facilita a busca de uma causalidade; e, por último, são ferramentas úteis para testar e gerar hipóteses. Porém, tipologias de Estados de Bem-Estar não são capazes de captar mudanças históricas, visto que não têm capacidade de captar movimentos, portanto,

as tipologias de bem-estar são produtos de situações históricas concretas. Ele também destaca que ao utilizar o conceito de regimes em sua tipologia, seu interesse é observar o modo pelo qual a produção de bem-estar é alocada entre Estado, mercado e famílias, examinando as variações internacionais dos direitos sociais e de estratificação dos *Welfare States*.

Os três modelos definidos por Esping-Andersen são - regime liberal: exemplificado pelos EUA, Canadá e Inglaterra, onde é dominante a lógica de mercado; regime conservador-corporativo: exemplificado pela Alemanha e Itália, baseado nos direitos sociais, mas perpetuador de uma diferenciação social importante e envolvendo efeitos distributivos mínimos; e o regime social-democrata: exemplificado pelos países escandinavos e caracterizado pelo universalismo e uma importante redução do papel do mercado no âmbito do bem-estar social.

No regime liberal predomina a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social. Os benefícios atingem principalmente uma clientela de baixa renda, em geral da classe trabalhadora ou dependentes do Estado. O Estado, por sua vez, encoraja o mercado, tanto passiva – ao garantir apenas o mínimo – quanto ativamente – ao subsidiar esquemas privados de previdência. A consequência é que esse tipo de regime minimiza os efeitos da desmercantilização, contendo efetivamente o domínio dos direitos sociais e edificando uma ordem de estratificação que é uma mistura de igualdade relativa da pobreza entre os beneficiários do Estado, serviços diferenciados pelo mercado entre as maiorias e um dualismo político de classe entre ambas as camadas sociais (Esping-Andersen:1991; 1995; 2000).

O regime conservador / corporativista caracteriza-se pelo legado histórico do corporativismo estatal ampliado para atender a nova estrutura da classe pós-industrial. Nestes regimes, a obsessão liberal com a mercantilização e a eficiência do mercado nunca foi tão marcante e, por isso, a concessão de direitos não chegou a ser uma questão seriamente controvertida. O que predominava era a diferença de status; os direitos, portanto, estavam ligados à classe e ao status. Este corporativismo estava sob um edifício estatal inteiramente pronto a substituir o mercado enquanto provedor de benefícios sociais. De outra parte, a ênfase estatal na manutenção das diferenças de status significa que seu impacto em termos de redistribuição é desprezível (Esping-Andersen:1991; 1995; 2000).

Já o regime social-democrata incorpora os princípios da universalidade e da desmercantilização dos direitos sociais, estendendo-os às chamadas classes médias. Recebe este nome pelo fato da social democracia ser a força dominante por trás da reforma social. Em vez de tolerar um dualismo entre Estado e mercado, entre classe trabalhadora e classe média,

os social-democratas buscaram um *Welfare States* que promovesse a igualdade com os melhores padrões de qualidade, e não uma igualdade das necessidades mínimas. Isso implica, em primeiro lugar, que os serviços e benefícios fossem elevados a níveis compatíveis até mesmo com o gasto mais refinado das novas classes médias; e em segundo, que a igualdade fosse concedida garantindo-se aos trabalhadores plena participação na qualidade dos direitos desfrutados pelos mais ricos. Este modelo exclui o mercado e, em consequência, constrói uma solidariedade essencialmente universal em favor do *Welfare States*. Todos se beneficiam, todos são dependentes, e supostamente, todos se sentirão obrigados a pagar (Esping-Andersen:1991; 1995; 2000).

Mas a contribuição central de Esping-Andersen para este trabalho diz respeito a dois conceitos centrais incorporados por ele para análise dos *Welfare States* – o conceito de desmercantilização / desmercadorização e o conceito de estratificação social.

Para Esping-Andersen, o capitalismo mercadorizou as pessoas e as coisas, despojando a sociedade das camadas institucionais que garantiam a reprodução social fora do contrato de trabalho. *Desmercantilização ocorre quando a prestação de um serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado* (Esping-Andersen,1991:102). A essência deste conceito está na emancipação substancial dos indivíduos da dependência do mercado. Para Esping-Andersen, um *Welfare* desmercadorizante só pode ser verificado recentemente e ele deve envolver a *liberdade dos cidadãos, sem perda potencial de trabalho, rendimentos ou benefícios sociais, de parar de trabalhar quando acharem necessário* (Esping-Andersen, 1991: 103).

Com relação à *estratificação social*, Esping-Andersen adverte que a relação entre cidadania e classe social sempre foi negligenciada tanto teórica quanto empiricamente. Para ele, é uma questão básica saber em que medida a política social promove a estratificação social, pois o *Welfare States* não é apenas um mecanismo que intervém na estrutura da desigualdade, ele é força ativa no ordenamento das relações sociais e, desde as primeiras iniciativas no campo social, é possível observar sistemas alternativos de estratificação incorporados neles.

O sistema universalista surge como uma alternativa à assistência aos comprovadamente pobres e à seguridade social corporativista. Sua função é promover uma estrutura de classe onde prevaleça equidade no acesso e na distribuição de bens e serviços socialmente produzidos⁵. Porém, segundo o autor, quando aumenta a prosperidade da classe

⁵ De acordo com Santos W., não se conhece experiências históricas de sociedades que não tivessem estratificação, e isto equivale dizer que em todas as comunidades humanas os bens disponíveis são repartidos

trabalhadora e as novas classes médias surgem, estes trabalhadores passam a buscar o seguro particular para a negociação de benefícios extras. Nas palavras de Esping-Andersen,

o universalismo do benefício uniforme promove o dualismo inadvertidamente, pois os que estão melhor de vida voltam-se para o seguro particular e para a negociação de benefícios extras para suplementar a modesta igualdade que julgam ser os padrões habituais de bem-estar. Onde este processo se desenvolve (como no Canadá ou na Grã-Bretanha), o resultado é que o espírito maravilhosamente igualitário do universalismo se transforma num dualismo semelhante ao do Estado de assistência social: os pobres contam com o Estado e os outros com o mercado (Esping-Andersen, 1991:106).

2.3 A PERSPECTIVA NEOINSTITUCIONALISTA E OS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL

Esta perspectiva merece destaque no trabalho pois a base teórica de nossa análise surge de sua articulação com os conceitos utilizados por Esping-Andersen acima mencionados. De acordo com Menicucci (2007) e Immergut (1996), a pertinência da abordagem neoinstitucionalista histórica para o estudo de políticas públicas se justifica pois ela enfatiza os constrangimentos institucionais, buscando identificar as maneiras como as regras do jogo formais e informais na vida política e social influenciam o comportamento político e centram-se nas instituições governamentais formais e nas organizações políticas. Segundo as autoras, as principais políticas públicas também constituem importantes regras do jogo em uma sociedade, influenciando a alocação de recursos econômicos e políticos e modificando os custos e benefícios associados a estratégias políticas alternativas, podendo portanto, ser incluída na definição mais ampla de instituição. Nas palavras de Immergut:

não existe um vínculo direto entre um dado conjunto de instituições políticas e o resultado de uma dada política pública. As instituições não permitem prever as soluções resultáveis de disputas em torno de políticas, mas, ao definir as regras do jogo, elas realmente criam condições que permitem prever a maneira pela qual esses conflitos deverão se desenvolver (Immergut, 1996:143).

Neste sentido, as políticas públicas, em grande medida, costumam levar à constituição

diferencialmente entre seus membros. Assim, se o objetivo da completa igualdade social parece estar distante do alcance humano em um futuro previsível, não devem ser descartadas a urgência de reparação de certos desequilíbrios. Contendo todas as comunidades desigualdades, é legítimo o esforço de compreender as tentativas de reduzi-las (Santos, W. 1979: 36).

de instituições para viabilizar sua implementação, entendendo-se instituições tanto como organizações formais como regras que estruturam o comportamento, e as políticas públicas podem ser vistas como tendo os mesmos efeitos de estruturas institucionais, na medida em que provocam constrangimentos ao comportamento dos atores políticos e às decisões que podem ser tomadas relativamente a bens públicos, ou seja, para a elaboração ou reforma delas.

Segundo Arretche (1995) as pesquisas mais importantes da corrente neoinstitucionalista foram desenvolvidas por Theda Skocpol, Anna Shola Orloff, Margareth Weir para os casos norte-americano, inglês e canadense. Nestes casos, o *Welfare States* é resultado de configurações históricas particulares de estruturas estatais e instituições políticas. Em termos bastante gerais, para os neo-institucionalistas a variável analítica fundamental para a compreensão da emergência e desenvolvimento dos modernos sistemas de proteção social está associada à natureza, capacidades e estrutura das instituições do Estado.

Seguindo a tradição weberiana, o pressuposto da análise é de que o Estado é autônomo em relação à sociedade civil, o que permite analisar a lógica de ação das burocracias públicas, sejam elas indicadas ou eleitas, como uma variável independente. A tradição weberiana sustenta que o Estado tem funções próprias, vale dizer, o Estado é uma organização que busca exercer controle sobre determinado território, que estabelece relações geopolíticas de comunicação, dominação e competição com outros Estados e que deve manter a ordem interna. Por esta razão, os atores vinculados ao Estado e, mais especificamente, as burocracias podem formular e perseguir objetivos próprios, que não são um reflexo nem um subproduto dos interesses presentes e organizados na sociedade civil (Arretche, 1995: 52).

Segundo Menicucci (2007:21), o neoinstitucionalismo em suas diferentes manifestações considera que a forma de organização da vida política tem influencia sobre a política, atribuindo um papel mais autônomo para as instituições políticas, as quais deixam de se vistas apenas como arenas, passando a ser vistas como atores políticos, ao configurarem um conjunto de estruturas e procedimentos que definem e defendem interesses.

Esta perspectiva entende que as preferências e os significados não são estáveis nem exógenos, mas podem ser moldados pelas experiências políticas ou por instituições políticas relativamente autônomas. Daí depreende-se que o sistema político deixa de ser visto estritamente como dependente da sociedade; que a distribuição dos recursos políticos pode ser afetada pelas instituições políticas, no contexto das quais também são desenvolvidas as regras do jogo. Além disso, o Estado, como instituição política fundamental, não é apenas afetado

pela sociedade, mas também a afeta, de tal forma que estudos que trazem de volta o Estado fazem parte da perspectiva neoinstitucionalista.

Portanto, as burocracias públicas têm interesses próprios que se consolidam em condições históricas particulares e sua emergência é uma pré-condição para a emergência dos modernos sistemas de provisão de serviços sociais.

Outro pressuposto analítico é que as estruturas institucionais do Estado, tais como se conformaram historicamente em cada país, influenciam a formação e o desenvolvimento dos interesses e das modalidades de ação dos grupos da sociedade civil, tendo influência sobre a cultura política, a ação política coletiva e a formação de questões políticas. Daí a crítica destes autores a Esping-Andersen que defende que a existência de uma determinada matriz de poder explicaria a emergência de *Welfare States*.

Vale a pena ressaltar algumas variações da perspectiva neoinstitucionalista, pois de forma alguma ela se constitui uma perspectiva de análise homogênea. Em primeiro lugar trataremos da distinção entre as análises *state-centered* e *polity-centered*.

Na perspectiva *state-centered*, as burocracias públicas tem um papel de liderança nas reformas sociais; as capacidades estatais são medidas pelo grau de burocratização e centralização do Estado, mais especificamente pelo grau de insulamento burocrático e os recursos de poder das burocracias são derivados da formação do Estado, pela consolidação de estruturas burocráticas previamente à plena liberalização e democratização dos sistemas políticos nacionais⁶, ou seja, a reconstituição da formação do Estado nacional é fundamental para que se observe predominantemente a natureza das burocracias estatais (Arretche, 1995: 55-56).

Já a perspectiva *polity-centered*, adota as seguintes variáveis analíticas: a análise da formação do Estado nacional é importante para que se observe o caráter e a natureza do conjunto das estruturas políticas estatais e partidárias; as formas históricas de interação entre estrutura estatal e instituições políticas explicam a natureza das instituições presentes, e a forma pelas quais tais estruturas condicionam as identidades, objetivos e capacidades dos grupos sociais envolvidos na formulação de políticas passam a ser relevante (Arretche, 1995:56).

Ana Orloff (*apud* Arretche;1995:56) vai definir três elementos centrais na análise dos modernos regimes de proteção social: a formação do Estado nacional, pois é neste momento que se definem as capacidades estatais e o grau de autonomia do Estado (condicionada por

⁶ A relação entre burocratização/democratização será desenvolvida posteriormente ao analisarmos as especificidades do *Welfare* brasileiro.

fatores de ordem externa – a posição do país no sistema de relações internacionais, e de ordem interna – tal como a sequência de burocratização/democratização); o contexto institucional, pois é no interior deste contexto que ocorre o processo de formulação e sustentação política de uma determinada inovação política (o momento histórico sob análise estabelece os limites e as possibilidades para a ação política dos atores interessados na aprovação e implementação de uma determinada proposta de inovação institucional) e, por último, os processos das políticas prévias, pois as políticas pré-existent influenciam o debate político, a formação de coalizões e o desenvolvimento de capacidades administrativas específicas.

Os argumentos analíticos deste trabalho estão baseados em uma abordagem neoinstitucionalista, e serão os mesmos utilizados por Mencicucci (2007). A autora utiliza o modelo de Pierson⁷ para o estudo de políticas públicas, que incorpora vertentes do neoinstitucionalismo histórico. Neste contexto, o termo *instituições* é compreendido numa perspectiva mais ampla, como regras do jogo ou limites que estruturam a interação humana (Mencicucci, 2007:25).

Este modelo de análise

é um projeto teórico de ‘médio alcance’ que considera a contingência histórica e a dependência de trajetória (...), e procuram explicar as diferenças entre os resultados políticos entre países, levando em consideração variáveis institucionais, buscando identificar como as lutas políticas são mediadas pelo arcabouço institucional dentro do qual elas acontecem (Mencicucci, 2007: 22).

Esta perspectiva busca verificar empiricamente como uma configuração institucional modela as interações e as estratégias políticas e estrutura as relações de poder entre grupos, consequentemente, influenciando os resultados.

O foco desta opção analítica está nos processos políticos e de elaboração das políticas públicas que são entendidos como fluindo dentro de determinados parâmetros institucionais. O Estado passa a ser considerado não como um agente neutro entre interesses em competição, mas como um complexo de instituições capazes de estruturar o caráter e o resultado dos conflitos entre grupos. Outras instituições sociais também podem estruturar as interações

⁷ Modelo de Pierson: as políticas públicas têm importantes efeitos cognitivos, como uma outra face do efeito de feedback. De um lado, porque fornecem informações e atribuem significados à realidade; de outro, porque afetam o processo de aprendizagem social entre os principais atores políticos. Esses efeitos de aprendizagem podem ser positivos ou negativos, tanto do ponto de vista do Estado quanto da perspectiva dos atores sociais. Os desenhos das políticas podem favorecer ou não o desenvolvimento de capacidades estatais, e quanto à sociedade, podem gerar reações positivas ou negativas a determinados padrões de políticas públicas. O estabelecimento de determinados cursos de ação induzidos de políticas públicas pode influenciar a consciência individual sobre a atividade de governo (Mencicucci, 2007:32).

entre interesses organizados, legisladores e judiciário, em consequência, são geradas trajetórias nacionais diferentes (Menicucci, 2007:22).

Menicucci (2007) também incorpora à análise os conceitos de *dependência de trajetória* e *efeitos de feedback* das políticas prévias sobre o processo político e, consequentemente, sobre as escolhas de políticas, pois

uma vez estabelecidas, as políticas limitam as possibilidades de reformas, aprisionando comportamentos e conformando determinadas trajetórias. Neste contexto, as reformas de políticas são explicadas pela confluência de fatores externos à própria política, como mudanças no contexto político mais amplo, mas tendendo sempre a inovações limitadas (Menicucci, 2007:23).

Destaca-se que apesar de potentes para explicar as continuidades, estes conceitos não fornecem uma explicação plausível para a reforma sanitária dos anos 80 como uma inovação institucional⁸. Do ponto de vista teórico-metodológico, a proposição analítica do argumento defendido é que

os legados das políticas de saúde previamente estabelecidas explicam, em grande parte, seu desenvolvimento futuro, de tal forma que, em razão de seus efeitos institucionais, os desenhos de políticas preestabelecidas condicionaram o processo de reformulação das políticas durante o processo constituinte e, posteriormente, no momento de implantação da reforma (Menicucci, 2007: 26).

O argumento explícito é que as políticas públicas não se constituem apenas em variáveis dependentes (sendo resultado da ação de forças políticas), mas também funcionam como variáveis independentes, pois explicam o processo de formação e reformulação de políticas na medida em que condicionaram o processo político e explicam a trajetória futura de uma política a partir de sua constituição prévia (Menicucci, 2007:26).

Através dos efeitos de *lock-in* compreende-se que

as políticas estabelecem *regras do jogo*, e estas influenciam a alocação de recursos econômicos e políticos e provêm recursos e incentivos para atores políticos, o que, além de facilitar a formação ou expansão de grupos particulares, encoraja determinadas ações e bloqueia outras, definindo assim um determinado caminho ou padrões de comportamento. (...) a repartição desigual de recursos e de informação como consequência de ações governamentais específicas cria incentivos à organização de

⁸ A argumentação que justifica a plausibilidade do movimento de reforma Sanitária no anos 80 será desenvolvida adiante.

determinados grupos favorecidos com as políticas, de tal forma que os desenhos de políticas públicas alteram os processos políticos e modelam identidade de grupo.(...) as políticas definidas em um momento no tempo estruturam a processo de tomada de decisões e criam fortes coalizões de suporte que efetivamente protegem os arranjos institucionais estabelecidos, tendo efeitos de *feedback* no processo político (Menicucci, 2007: 26-27).

Outro ponto importante desenvolvido por Menicucci (2007:37-38) refere-se aos dois fatores que são considerados pela autora para explicar a inovação institucional que representa o SUS, sendo um de caráter endógeno à política de saúde e outro exógeno.

O caráter exógeno relaciona-se à reforma sanitária num contexto de democratização do país e defesa de uma democracia mais ampla, não apenas formal, mas que incluísse os direitos sociais de cidadania.

Já o caráter endógeno atribui-se à crise no setor saúde esboçada desde os anos 70 que demonstrou o esgotamento da capacidade de financiamento da assistência nos moldes em que foi estruturada e se refletia na queda de qualidade dos serviços prestados e na insatisfação generalizada dos usuários e prestadores, tanto profissionais quanto hospitais.

(...) as novas idéias foram filtradas pelas instituições e práticas de saúde já consolidadas, sendo reconfiguradas de forma a acomodar as instituições vigentes, os interesses consolidados e os processos em curso, perdendo parte de seu vigor transformador e permanecendo como metas formais ou idealizadas (Menicucci, 2007:39).

2.4 ALGUMAS NOTAS SOBRE O *WELFARE STATES* BRASILEIRO

Para Draibe (1997), os Estados de Bem-Estar social, inspirados na social-democracia, devem ser entendidos como uma forma histórica de Estado que, no capitalismo após a Segunda Guerra, estabelece os limites aos efeitos socialmente diferenciadores do mercado. Sua novidade foi ter imposto um particular mecanismo de freios às forças brutas da desigualdade socialmente produzida pelo mercado, através do sistema de direitos e políticas sociais. De forma concreta trata-se de processos que, uma vez transformada a própria estrutura do Estado, expressam-se na organização e produção de bens e serviços coletivos, na montagem de esquemas de transferências sociais, na interferência pública sobre a estrutura de oportunidades de acesso a bens e serviços públicos e privados e, finalmente, na regulação da

produção e distribuição de bens e serviços sociais privados (Draibe, 1989). Porém, usar o termo *Welfare States* para caracterizar as políticas sociais brasileiras causa estranhamento principalmente devido ao efeito reduzido, e baixo grau de eficácia e efetividade destas.

Medeiros (2001: 8) ressalta que no Brasil a tese de que o *Welfare States* surgiu na fase inicial da industrialização como instrumento de controle da demanda agregada, obedecendo ao círculo virtuoso *keynesiano*, tem efeito reduzido por pelo menos dois fatores. Primeiro, os problemas de superprodução estavam mais ligados a fatores externos do que a flutuação de demandas internas; e segundo, porque o restrito número de beneficiários do sistema limitava a efetividade de políticas para a expansão do consumo. O autor sugere que o *Welfare* brasileiro tem uma origem peculiar em relação aos regimes europeus e norte-americano, pois ele surgiu a partir de decisões autárquicas e de caráter predominantemente político: regular aspectos relativos à organização dos trabalhadores assalariados de setores modernos da economia e da burocracia.

Assim, as políticas surgidas no Brasil a partir dos anos 30, considerado o período nascente do nosso *Welfare States*, tinham como estratégia antecipar a demanda dos trabalhadores para com isso restringir a legitimidade de lideranças e a capacidade de mobilização dos trabalhadores em geral. Outra característica importante é o caráter populista destas políticas.

Iremos retomar agora o tema da burocratização/participação colocado pelos neoinstitucionalistas.

A liberalização do voto anteriormente à plena consolidação de estruturas burocráticas (no sentido weberiano do termo) tenderia a reduzir o grau de *bureaucratic insulation*, porque, nestas circunstâncias históricas, os partidos tenderiam a consolidar-se diante do eleitorado utilizando os recursos estatais como moeda de troca. As estruturas administrativas seriam, portanto, prisioneiras da patronagem política. Ao contrário, o desenvolvimento e consolidação das burocracias – ou ainda o sucesso de reformas administrativas em direção à sua construção – anteriormente à plena liberalização do voto daria às burocracias maior capacidade de resistência às pressões pela prestação de serviços sociais de tipo *clientelístico*, condicionando assim a formação de partidos políticos do tipo programático, dado que o apelo ao eleitorado não poderia ser feito mediante a concessão de favores (Arretche, 1995:56-57).

Para explicar o populismo, como característica política de algumas sociedades, Santos, W. (1993) recorre ao *Modelo das Ordens* proposto por Robert Dahl, que se assemelha a análise acima. Este modelo estipula dois eixos fundamentais para compreensão política das

sociedades – a liberalização e a participação. A primeira se refere ao grau de institucionalização das regras de competição política e o acatamento de seus resultados, ou seja, todos os direitos característicos de uma ordem liberal. Já a participação se relaciona com a proporção da população a que tais direitos e liberdades são garantidos.

Nas conclusões de Dahl, os países que seguiram a sequência liberalização e depois participação são politicamente mais estáveis. Porém os países latino-americanos, e europeus como França e Itália, caracterizam-se pela dinâmica inversa, incorporação das massas à dinâmica da competição antes da obtenção de estabilidade na institucionalização das regras desta competição. Neste contexto, as políticas sociais latino-americanas não foram posteriores à solução dos dois problemas anteriores, mas utilizadas como instrumento de engenharia política auxiliar na solução do problema de conciliar participação ampliada e baixa institucionalização liberal.

Para Santos, W. (1993), no Brasil, os três principais agentes da ordem industrial contemporânea – a burocracia estatal, as forças armadas e a intelectualidade – adquiriram suas identidades coletivas antes que a ideologia liberal alcançasse hegemonia no universo de valores em disputa para efeitos de socialização política. Nenhum ator político formou sua identidade coletiva através de partidos políticos, pois se constituíram antes da formação de partidos nacionais e estes posteriormente em nada contribuíram para criação de homogeneidades. Na ausência destes atores, o Estado desempenhou este papel num momento em que era ideologicamente independente do empresariado.

Utilizando a política social como mediadora e amortecedora do problema da participação, ocorreu no Brasil o que Santos, W. (1993) denominou de *divórcio prático entre o processo político-partidário normal e a dinâmica da competição entre o empresariado e as classes trabalhadoras que se desenrolara dentro do aparelho burocrático do Estado*. Isto produziu no Brasil, em médio prazo, a essência substantiva da política populista, que Santos W. (1993) chama de *populismo irresponsável*, ou seja, permitiu que os políticos populistas formulassem e propusessem políticas sociais redistributivas como se não o fossem.

O caso brasileiro também esteve bem distante de algumas condições que, de forma geral, estiveram presentes no surgimento dos *Welfare States* do pós-guerra: expansão do emprego e incorporação dos gastos de produtividade nos salários; crescimento de um consumo de massas; teoria econômica *keynesiana* que legitima e modela a intervenção pública; crescimento da capacidade administrativa do Estado e aprofundamento dos compromissos democráticos por parte da sociedade (Viana et al. 2007:18).

Na compreensão de Fleury (2004), a possibilidade de analisar as políticas não pelos

seus resultados em termos de engenharia institucional, mas a partir das relações de poder que se concretizam na relação entre o Estado e os cidadãos, implica em ter em conta a especificidade da forma de Estado, da própria sociedade e das modalidades de mediação.

Segundo Santos, W. (1979:64), a tentativa de organizar o país nos moldes *laissez-fairianos* ortodoxos teve vida curta no Brasil, expandindo-se de 1888, com a abolição da escravatura até 1931, quando Getúlio Vargas assume o poder com um discurso pautado na necessidade da intervenção do Estado na vida econômica, com o propósito de estimular a industrialização e a diferenciação econômica nacional.

A falência do *laissez-faire* clássico no Brasil neste período, na perspectiva do autor, se deve essencialmente a dois fatores. O primeiro se refere à organização das relações de trabalho, pois apesar da abolição da escravatura, as leis do mercado não conseguiram impor sua supremacia ao setor agrário da economia, sendo sua lógica de funcionamento restrita apenas à área urbana. E o segundo fator é atribuído a produção de leis sociais no país a partir da década de 1920. Embora a existência de leis sociais não comprometam o ideário *laissez-fairiano*, elas indicaram o reconhecimento da insuficiência do mercado na satisfação das necessidades da maioria da população (Santos, W. 1979: 64-65).

Até o surgimento das primeiras leis sociais, a questão social brasileira era tida como caso de polícia, sendo resolvida somente com medidas repressivas. Este contexto começa a sofrer mudanças, a partir da percepção de que o saldo positivo do *laissez-faire* brasileiro foi pífio, sendo este insucesso também relacionado ao escasso desempenho na esfera econômica. A inovação institucional no período pós-30, portanto, é a intervenção do Estado na ordem da acumulação, pois a experiência anterior havia demonstrado que a simples operação do mercado *laissez-fairiano* era insuficiente para o desenvolvimento do país (Santos, W. 1979:67).

Com a Revolução de 1930, Getúlio Vargas inaugurou um longo período de *state building*, caracterizado pela intervenção na economia e pela centralização política e administrativa intensificadas com a instauração da ditadura do Estado Novo. No período que se estende de 1930 a 1945, implementou-se a legislação corporativista e criaram-se instituições corporativas; ensaiou-se o insulamento burocrático através da criação de novas agências e empresas estatais; além das tentativas de instalação do universalismo de procedimentos através das tentativas de reformas do serviço público e da implantação nele de um sistema de mérito (Nunes, 2003:45).

Segundo Nunes (2003), o conjunto de medidas postas em prática refletiu uma expressão institucional de um labirinto de tendências aparentemente contraditórias onde, o

universalismo de procedimentos foi perseguido através da reforma do serviço público e pelo estabelecimento do sistema de mérito; o insulamento burocrático foi alcançado devido às recém criadas autarquias, com as atividades do Departamento de Administração e Serviço Público (DASP)⁹ e mais tarde com a criação de empresas estatais; e as práticas corporativas foram garantidas pelas novas provisões legais (Ministério do Trabalho, Justiça do Trabalho e Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT).

Esta capacidade de intersecção das instituições no Brasil justifica o formato híbrido da política de saúde brasileira. Segundo Menicucci (2007), os mecanismos e formatos institucionais adotados para a prestação de assistência à saúde em sua origem estiveram relacionados à decisão governamental de ampliar a cobertura para os trabalhadores assalariados pela incorporação da assistência médica aos benefícios prestados pelas instituições previdenciárias (CAPs, IAPs). Esta incorporação foi acompanhada da opção pela compra de serviços de prestadores privados, em vez da constituição de uma rede prestadora pública capaz de atender a uma demanda crescente. Em segundo lugar, com o objetivo similar de aumentar a cobertura e aliviar a pressão sobre a rede pública, foram concedidos incentivos às empresas para que se encarregassem da assistência de seus empregados, o que foi feito, na maioria das vezes, também pela compra de serviços de prestadores privados (Menicucci, 2007:30).

Para a autora, estas opções tiveram dois efeitos principais sobre o formato institucional da política pública de saúde – a criação de um mercado cativo para os prestadores de serviços de saúde financiados com recursos públicos e o desenvolvimento da prática empresarial de assumir a responsabilidade pela saúde de seus empregados. Esta prática vai permanecer e se desenvolver mesmo quando extintos os incentivos governamentais (Menicucci, 2007:30).

As opções anteriores, ao propiciarem o desenvolvimento de formas privadas de assistência, colocaram limites à mudança de trajetória, em razão também dos efeitos que tiveram sobre a capacidade governamental. A opção pela compra de serviços não permitiu que fosse desenvolvida a capacidade prestadora do governo, na medida em que significou a não-decisão de ampliar a rede de serviços públicos. Pela própria natureza da política de saúde, que demanda a existência de uma rede ampla e diversificada de serviços, essa opção teve o efeito de tornar o setor público dependente dos serviços privados. Na medida em que os interesses se faziam valer no espaço burocrático, capturado pelos interesses privados mediante potentes

⁹ O DASP constituiu uma tentativa de insulamento burocrático com institucionalização do universalismo de procedimentos. Embora não tenha completado sua missão, deu inúmeros passos positivos para a modernização do aparelho do Estado e para a reforma administrativa.

anéis burocráticos, o governo não conseguiu desenvolver sua capacidade reguladora, o que reforçou os efeitos de *feedback* do modelo da política e fez com que a lógica da atuação política pública fosse submetida à lógica dos interesses privados (Menicucci, 2007:31).

Portanto, quando a Constituição de 88 configura uma ruptura institucional ela significará também grandes continuidades. Esta dualidade se apresenta quando se cria, ao mesmo tempo, o sistema público universal e define-se a liberdade da iniciativa privada.

Esse caráter duplo vai ser consagrado no final da década de 90 ao ser estabelecida uma política regulatória para o sistema privado como parte da política de saúde. Com essa decisão, foi legitimada formalmente a segmentação da assistência, o que até então era realizado por meio de não-decisões, deixando o setor privado crescer à margem de qualquer regulamentação – embora como consequência de outras decisões anteriores voltadas para a assistência pública (Menicucci, 2007: 35).

Daí a autora conclui que a política de saúde brasileira atual é uma continuidade do que começou a se estabelecer a partir dos anos 60, caracterizada pelo sistema misto público e privado. A inovação institucional significativa do SUS foi conformar uma dupla trajetória: a da assistência pública e a da assistência privada. Ela afirma que no caso brasileiro, a mudança alcançada com o SUS não foi capaz de provocar uma ruptura ou estabelecer uma nova rota para a assistência à saúde, pois a mudança do segmento público, embora tenha sido profunda, foi incapaz de mudar ou desmontar a antiga estrutura, conformando a dupla trajetória (Menicucci, 2007: 40).

A hipótese geral de Menicucci (2007) portanto, é que

o formato institucional híbrido da assistência à saúde, apesar da definição constitucional de um sistema público, universal e único, é explicado, em grande parte, pelos legados das políticas de saúde estabelecidas a partir dos anos 60. Tais legados condicionaram o desenvolvimento posterior da assistência e limitaram a possibilidade de mudanças, em razão de três efeitos principais: primeiro, ao estruturar os interesses privados na saúde, configuraram o conflito político e o processo decisório posterior, delineando as disputas por alternativas de políticas; segundo, as políticas prévias estabeleceram determinados padrões de comportamento difíceis de reverter; e terceiro, tiveram efeitos cognitivos e sobre a capacidade governamental, pouco favoráveis à mudança de trajetória (Menicucci, 2007:49-50).

3. CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: PÚBLICO X PRIVADO

O segundo capítulo do trabalho tem como objetivo explorar a constituição e o desenvolvimento da política de saúde brasileira no período de 1930 à Constituição de 88. Ao reconstituir a trajetória da política de saúde brasileira, buscaremos destacar as principais medidas que conformaram uma forma determinada de relação entre Estado e mercado. Porém, antes de adentrarmos no período posterior a 1930, que garantiu uma nova institucionalidade das políticas sociais no Brasil, faremos uma breve exposição do período anterior.

No Brasil, durante a Colônia e início do Império, os problemas de saúde da população estiveram relacionados ao mundo da medicina erudita e da solidariedade comunal e de curandeiros diversos. A primeira era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários de formação européia, radicados nos centros urbanos e que tinham o atendimento voltado exclusivamente para as camadas mais altas da população. Já os pobres e escravos desconheciam a prática médica e dependiam da solidariedade comunal e dos curandeiros. Neste período, as ações dos poderes públicos no campo da saúde não estavam destinadas à realização de serviços nem mesmo para os mais pobres, mas restringiam-se à regulamentação das artes de curar, realizadas por tribunais portugueses que expediam licenças autorizando a prática aos diversos agentes que comprovassem experiência, e isto ia desde físicos/médicos cirurgiões, boticários, a agentes sem formação acadêmica – parteiras, sangradores, aplicadores de ventosas e diversos tipos de curandeiros (Escorel; Teixeira, 2008:334).

É somente nas últimas décadas do século XIX, final do período imperial, que observamos as primeiras modificações significativas no campo da saúde pública no Brasil. Essas transformações estavam inseridas num contexto internacional de profundas transformações devido à chamada Segunda Revolução Social, caracterizada por uma intensa modernização tecnológica geradora de inúmeras promessas – melhores condições de saúde (advento da microbiologia), mais conforto (diversas utilizações da energia elétrica) e mais tempo (desenvolvimento dos transportes) Escorel; Teixeira (2008:338).

Porém, apesar da pequena ampliação das atividades de saúde, as estruturas dos serviços de saúde continuavam as mesmas, fortemente relacionadas à capital do Império e dando as costas para o resto do país. Tal situação deixava em situação de penúria a maioria dos municípios, sendo exceção somente os municípios mais ricos.

Entretanto, com a Independência do país as ações de saúde pública e de regulamentação da medicina deixaram de ser responsabilidade da Coroa e ficaram sob a

alçada das câmaras municipais que atuavam de forma descentralizada de acordo com interesses e necessidade locais, normalmente definidos pela classe senhorial. As ações estavam limitadas à vacinação antivariólica em períodos de epidemias, tentativas de controle de entrada de escravos doentes nas cidades, expulsão dos acometidos por doenças contagiosas (principalmente leprosos) e diversas medidas de purificação do ambiente. Surgiram também as primeiras faculdades e agremiações médicas demonstrando o avanço da medicina oficial, porém isto não representou a ampliação de cuidados com a população (Escorel; Teixeira, 2008:335).

Com o advento da República, a maior inovação foi o estabelecimento da vacinação obrigatória em todo território nacional e a criação de um rol de notificação compulsória para a febre amarela, o cólera, a peste, a difteria, a escarlatina e o sarampo (Escorel; Teixeira, 2008:341).

Além de ter seu raio de atuação limitado à Capital Federal, as atividades de saúde pública nos primeiros anos da República se voltavam quase exclusivamente para as epidemias que eram combatidas principalmente pela segregação dos acometidos. A ação do Estado também se restringia a medidas ordenadoras da vida urbana que visavam à manutenção de um estado geral de salubridade. Até esse momento, a ação dos poderes públicos não se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos, permanecendo com a filantropia a responsabilidade pelo cumprimento desse papel (Escorel; Teixeira, 2008:341).

É somente no fim da década de 1910 que é possível observar atitudes efetivas com vistas ao estabelecimento de ações voltadas à saúde da população, sendo estas associadas aos problemas de integração nacional e à consciência de interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Neste período emerge um Movimento Sanitário sob a liderança da nova geração de médicos higienistas formados sob a orientação dos recentes conhecimentos e estilos de ciência ancorados na bacteriologia e seu foco central eram os principais portos e centros urbanos. Alguns anos depois é que começa a ganhar força o movimento pelo saneamento rural (Lima; Fonseca; Hochman, 2005).

De acordo com os autores Lima; Fonseca; Hochman (2005), tem sido reconhecido crescentemente o papel das políticas de saúde na formação das noções de cidadania, na construção dos Estados Nacionais e das burocracias públicas, e nas mudanças das relações entre Estado e Sociedade.

Os estudos históricos voltados para a temática da saúde têm contribuído para a revisão do período da República Velha, enfatizando o papel da saúde na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade, capaz de superar a imagem negativa referida às teses de inferioridade climática do país e racial da população brasileira (Lima; Fonseca; Hochman, 2005: 30).

Portanto pode-se inferir que o problema nacional a ser enfrentado no período referente à República Velha (1889-1930) era a emergência da questão social associada às primeiras manifestações operárias urbanas, com intensos conflitos entre capital e trabalho, acompanhados de violência e repressão, além da ausência de canais legais de articulação de interesses. No plano político, a baixa competição e pouca credibilidade dos processos eleitorais favoreciam a forte resistência das oligarquias regionais às propostas que fortalecessem o governo federal.

Em síntese, esse quadro proporcionou o reconhecimento da Primeira República como a *era do saneamento*, podendo ser identificado com o crescimento da consciência das elites em relação aos graves problemas sanitários e da percepção de que o Estado deveria assumir a responsabilidade pelas questões relativas à saúde da população e ao saneamento do território. Neste período foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central.

Afirmam os autores Lima; Fonseca; Hochman (2005), que as políticas de saúde implantadas na Primeira República correspondem às alterações nos campos político (aguçamento das diferenças intra-oligárquicas, com o redesenho dos poderes federativos e de seu papel na dinâmica política nacional), ideológico (gradativo fortalecimento do projeto político-ideológico de construção nacional, acompanhado de medidas que favoreceram sua implementação) e institucional (a principal mudança constituiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública [MESP] - 1930), bem como a recomposição no formato de interação entre eles.

Mas uma nova institucionalidade relacionada com as políticas sociais foi estabelecida a partir de 1930, podendo ser caracterizadas como eco de interpretações que defendiam a organização de um Estado nacional com um governo centralizador e autoritário. O tema da relação entre governo central e os estados foi tratado através do contraponto Nação e Federação, Centralização e Descentralização.

3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DE 1930: MEDICINA PREVIDENCIÁRIA X SAÚDE PÚBLICA

É a partir de 1930 que se edificará no Brasil a estrutura de assistência à saúde que se perpetuará até a década de 1980. Neste período iremos conviver com dois tipos de atenção à saúde: a saúde pública, responsável pelas ações de vigilância epidemiológica e promoção de saneamento (ações de caráter preventivo e assistencial) e a medicina previdenciária (centrada no hospital e na atenção de caráter curativo), que garantirá serviços de saúde aos trabalhadores vinculados às categorias de trabalho reconhecidas por lei, para as quais se criou um *seguro social*. A assistência à saúde assume estrutura semelhante à Previdência Social estratificando por categoria profissional aqueles que a ela poderiam ter acesso.

O primeiro governo Vargas (1930-1945) é reconhecido pela literatura como um marco na configuração do *Welfare State* brasileiro¹⁰. A partir deste momento, até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a política de saúde vai estar intrinsecamente ligada à Previdência Social. O sistema de Previdência Social gerado pelo Estado e introduzido no país se deu através da filiação compulsória de determinados segmentos do mercado de trabalho formal urbano aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)¹¹.

Assim, a expansão da assistência médica individual no Brasil como política pública faz parte do processo de montagem e desenvolvimento da Previdência Social. A assistência médica apresentará marcas da estrutura institucional da Previdência Social - segmentação da clientela, com a correlata diferenciação das formas e dos serviços de saúde prestados aos diversos segmentos de trabalhadores que vão sendo incorporados, paulatina e diversificadamente à Previdência Social. Esta assistência médica governamental também se

¹⁰ Na América Latina, os países pioneiros em sistemas de proteção social são Chile, Uruguai, Argentina e Brasil. Eles iniciaram-se em torno da década de 1920 e possuem um rol de identidades semelhantes: a transição do modelo de dominação oligárquico; a industrialização substitutiva de importações; a influência européia na composição da classe trabalhadora; a emergência de múltiplas instituições fragmentadas; os governos populistas; as ditaduras militares; a crise financeira da Seguridade; o envelhecimento dos sistemas e a transição demográfica e as tentativas de reforma (Fleury, 2004:164). No Brasil, as primeiras medidas de proteção social vieram a ter reconhecimento legal em 1923 com a Lei Eloy Chaves. Ela foi resultado do crescente impacto que passou a ser definido como *questão social* no país. A lei que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) é apontada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente a assistência médica.

¹¹ Os IAPs começaram a ser organizados em 1933 com a criação do IAPM (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos). Logo se seguiram o IAPC (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes) e o IAPB (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários) de 1934; o IAPTEC (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Transportadores de Cargas), o IAPE (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Estivadores), o IAPI (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários) e o IPASE (Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado), de 1938; e nos anos 50, o IAPFESP (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários), que reuniu as Caixas de Aposentadorias e Pensões remanescentes (Vianna, 1998).

desenvolve como um benefício vinculado ao contrato formal de trabalho e com as características de seguro, ou seja, uma obrigação contratual de caráter contributivo, não se constituindo como uma prestação pública a que tem direito toda população (Menicucci, 2007:61, 62).

Os IAPs foram constituídos como entidades autárquicas, vinculadas ao Estado via Ministério do Trabalho; recolhiam fundos sob o regime de capitalização e proviam benefícios para os trabalhadores a eles filiados. Em ligação estreita com a estrutura sindical corporativa montada no mesmo período, a Previdência se tornou um instrumento de incorporação controlada pelo Estado que definia quem estava integrado à cidadania, a *cidadania regulada* (Santos, W. 1979:68). Este arranjo veio reforçar a estrutura de desigualdades sociais no país através da estratificação de cidadãos em categorias profissionais com direitos desiguais, consagrando uma vinculação excludente entre acumulação e equidade.

Na perspectiva de Menicucci (2007), a expansão da cobertura previdenciária com a criação de vários IAPs não se traduziu em ampliação correspondente da assistência à saúde até os anos 60. O contexto de criação dos IAPs foi caracterizado por um esforço de restrição de despesas por parte das instituições previdenciárias, sendo uma de suas manifestações a queda real dos gastos com assistência médica, que, entretanto, mais do que expressar a restrição de gastos, refletia uma mudança de enfoque em relação à responsabilidade da Previdência Social na prestação de cuidados médicos. Com a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários, em 1938, deu-se uma inflexão na estrutura previdenciária, vindo à tona uma concepção de previdência social mais restrita quanto aos benefícios, fixados em bases atuariais, seguindo um modelo de capitalização de reserva pelo qual se relegava a assistência a um plano secundário.

A extensão dos serviços médicos e assistenciais estava, em parte, condicionada às pressões da massa segurada que apresentavam variações de intensidade entre as categorias profissionais. Um outro fator, de caráter secundário, foi a ocorrência de grande número de afastamentos por invalidez, que gerava ônus para o sistema previdenciário com o pagamento de benefícios pecuniários e punha em risco seu equilíbrio financeiro. A assistência médica funcionando como prevenção favorecia a diminuição de concessão desse tipo de benefício (Menicucci, 2007: 65).

No campo das ações da saúde pública, a definição e o reconhecimento dos direitos sociais ficaram divididas entre o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Embora o MESP tenha sido criado em 1930, é somente a partir de 1934, ano em que Gustavo Capanema assumiu o ministério, que

as mudanças significativas começam a ser efetivadas. Segundo Lima; Fonseca; Hochman (2005), as primeiras ações do MESP foram marcadas pela indefinição e pela inconstância de propostas e projetos, e isto se refletiu em alternância da pasta ministerial. Ao ministério, cabia a responsabilidade pela saúde pública e tudo que se relacionava com a saúde da população e não se encontrava na área de abrangência da medicina previdenciária. Prestava serviços aos identificados como pré-cidadãos – pobres, desempregados, trabalhadores informais, ou seja, aqueles que não eram beneficiados pelos serviços das caixas e pensões. Já o MTIC, estabeleceu um arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho e amparada em princípios corporativos, ou seja, na *cidadania regulada*.

De acordo com os autores Lima; Fonseca; Hochman (2005), esta definição implicou na associação entre assistência médica previdenciária e trabalhadores urbanos e a ênfase das ações de saúde pública como políticas e modelos de serviços voltados predominantemente para a população rural. Essa dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, formalizando uma separação que até então tinha sido apenas esboçada e causando uma distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas que marcou definitivamente as ações de saúde no Brasil.

Assim, é no período correspondente ao primeiro Governo Vargas que a política de saúde se expande e torna mais complexa a configuração do processo de construção material e simbólica do Estado Nacional. Quando a saúde pública foi definida como elemento constituinte do projeto de construção da nacionalidade, ela viabilizou a presença do poder público em diversas regiões do país através da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e da instituição de postos de profilaxia rural no interior.

A política de saúde pública foi definida a partir de critérios que privilegiaram uma centralização normativa acompanhada por uma descentralização executiva, criando mecanismos que fortalecessem a presença federal nos estados como contraponto aos interesses privados regionais. Estabeleceu mecanismos burocráticos que viabilizaram a integração das três esferas de governo, canalizando para a instância administrativa estadual o gerenciamento dos serviços públicos de saúde sob a orientação do governo federal, fortalecendo assim, a instância estadual como foco do poder político através da criação de distritos sanitários. Neste contexto, a direção nacional de saúde estabeleceu um vínculo direto tanto com os diretores estaduais de saúde como também com os dirigentes políticos locais que, nesse momento, já se encontravam sob o regime intervencionista do Estado Novo.

Para Vianna (1998), o padrão de proteção social construído nos anos 30 foi

caracterizado pela manipulação dos benefícios oferecidos pelo Estado se restringindo a uma clientela que, embora pequena e estratificada, estava incorporada ao universo da cidadania, participando, politicamente inclusive, das decisões importantes através de suas lideranças. Para a autora, tratava-se de um clientelismo de horizontes limitados movendo-se num leito de mão dupla que, se dificultava o aumento do número de cidadãos plenos, vinha sendo aos poucos corrigido por novas demandas propiciadas pelo jogo democrático. Essa nova configuração das relações de poder entre o governo federal e os governos locais resultou num desenho de *Welfare* no campo específico da saúde pública onde a correlação de forças políticas modelou os serviços como instrumento de poder em tal jogo.

O lugar e o papel da saúde consolidado no processo de construção do Estado e da Nação foi elaborado através da institucionalização, burocratização e profissionalização, ou seja, a consagração de um modelo fortemente centralizado. As especificidades que marcaram a área de atuação do Ministério da Educação e Saúde (MES), que substituiu em 1937 o MESP em relação ao MTIC, neste processo, evidenciaram que o tema da relação entre as três instâncias executivas se firmaria como um dos eixos definidores da política pública neste campo de intervenção social. Qualquer proposta de reforma institucional precisaria sempre levar em conta esta variável e suas implicações para o contexto político do momento.

Embora com limites, no período de 1945 a 1964 os rumos da saúde pública e da assistência médica vão ser definidos, pela primeira vez, em um ambiente mais democrático. Este momento vai se caracterizar por eleições livres, disputas partidárias, funcionamento dos poderes republicanos, liberdade de imprensa e organização e demandas por direitos e incorporação. O lugar da saúde na construção do Estado e da Nação ganhou novos sentidos relacionados ao contexto do chamado otimismo sanitário¹².

Inspirados no modelo norte-americano, na década de 1950 começaram a ser implantados no Brasil os Departamentos de Medicina Preventiva¹³ (DMP). Eles serviram de

¹² Este otimismo sanitário foi disseminado após a Segunda Guerra Mundial. Propugnava-se que as doenças infectocontagiosas poderiam ser erradicadas em todo o mundo mediante o poder da ciência e da medicina diante dos novos recursos tecnológicos e terapêuticos. Associada a este otimismo, instituiu-se a idéia de que a saúde era um bem de valor econômico e que os investimentos em capital humano eram fundamentais para o desenvolvimento e progresso das nações, especialmente em países mais pobres, e a associação entre saúde e desenvolvimento passou a marcar os espaços institucionais no campo da saúde pública. Desse modo, a saúde deixa de ocupar o lugar de um discurso civilizador e passa a se associar ao tema do desenvolvimento. Vale destacar que essa associação estava embasada em concepções bastante distintas, que defendiam formatos institucionais e políticos diversos para a saúde pública e tinham visões diferenciadas sobre o desenvolvimento econômico e social.

¹³ Nos DMPs brasileiros começou a se organizar o Movimento Sanitário, movimento que buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país. Ideologicamente, eles estavam comprometidos com programas de medicina comunitária propondo a

base institucional para a produção de conhecimento sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias. Para o discurso preventista, a doença seria resultado de um desequilíbrio na interação entre hóspede (homem) e seu ambiente, pois até aqui os determinantes sociais que interferem na produção de doenças, e as relações entre o setor saúde e a população não eram geralmente questionados. Na saúde coletiva, o estudo do processo saúde-doença teria como foco a coletividade (classes sociais e frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença. A ciência deixou de ser percebida como neutra e a teoria passou a se vista como instrumento de luta política, com a realidade sanitária como objeto de estudo e intervenção política.

Em termos institucionais, merece destaque a criação do Ministério da Saúde em 1953, que representou de um lado, a separação entre educação e saúde, o que não significou muitas mudanças nas estruturas institucionais, nem mudança de ênfase nas populações rurais ou na incorporação de novos serviços, ainda que o debate sobre a assistência médica e social estivesse presente. De outro, o deslocamento das discussões e do processo decisório para o legislativo e para a esfera política, incorporando irreversivelmente a dimensão político-partidária à definição de políticas para o setor.

Embora não tenha apresentado mudanças significativas, a criação do Ministério da Saúde proporcionou maior organização dos serviços e a criação de departamentos específicos para cada finalidade – Campanhas Nacionais Contra Tuberculose, Malária, Febre Amarela e outros; Assistência Materno Infantil; Saúde nos Portos; Assistência a Psicopatas e outros, além de manter ações já antes realizadas pelo MESP como a formulação de políticas nacionais de saúde, alimentação e nutrição e ações de interesse coletivo (Escorel; Teixeira, 2008).

Em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNER), que assumiu a responsabilidade de organizar e executar o combate às principais endemias do país. Nas décadas de 1950/60, as ações e campanhas de combate às endemias rurais mobilizaram recursos humanos e financeiros e estiveram associadas aos projetos e às ideologias de desenvolvimento. Neste contexto, recuperou-se a força de trabalho no campo, através da modernização rural, ocupação territorial e incorporação de espaços saneados à lógica da produção capitalista que corresponderam à associação entre saúde e desenvolvimento, a primeira ajudando a promover o segundo.

Apesar da ampliação da assistência médica no período de 1945 - 1964, é somente com

desmedicalização da sociedade com programas alternativos de auto-cuidado da saúde, com a atenção primária realizada por pessoal não-profissional e a valorização da medicina tradicional. A experiência dos DMPs proporcionou uma revisão crítica da teoria preventista e daí delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva.

a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), de 1960, que os benefícios previdenciários serão uniformizados e a assistência médica será tida como parte inerente da Previdência Social que deveria ser assegurada a todos os beneficiários. Porém esta assistência médica estava condicionada às disponibilidades financeiras, não se definindo uma fonte específica de financiamento, apesar do reconhecimento pelos técnicos da necessidade de fonte de custeio para a saúde. Por intermédio da LOPS, o governo legitimou uma prática já existente que permitia que as empresas atendessem seus empregados e dependentes mediante serviços próprios ou contratados (Menicucci 2007: 65,66). Destaca-se que apesar do desenvolvimento econômico-industrial do período, os recursos financeiros eram insuficientes para manter a máquina que se formara no sistema previdenciário.

De acordo com Menicucci (2007: 68,69), dois fatores justificam o aumento da prestação de serviços médicos e os gastos em saúde. Por um lado, havia a pressão por cuidados médios em razão do processo de industrialização e urbanização que colocou nas grandes cidades uma massa assalariada em más condições de trabalho e com baixa remuneração. Por outro, a tecnicização e a elevação dos custos dos atos médicos contribuíram para inviabilizar o acesso à medicina privada por parte de parcelas significativas da população, ampliando a demanda por assistência pública.

É preciso levar em consideração que a medicina previdenciária que se expande no Brasil a partir do final da década de 50 será essencialmente hospitalar e curativa. A característica básica da política de saúde a partir dos anos 60 seria reconhecida como a ênfase na medicina previdenciária, de cunho individual e assistencialista, centrada no atendimento hospitalar. A contrapartida da expansão da assistência médica previdenciária foi a perda da importância relativa das medidas de saúde pública voltadas para o atendimento de necessidades coletivas e de caráter preventivo, situação que se expressa pelo orçamento precário e declinante do Ministério da Saúde, responsável por essas ações, e pelo inexpressivo crescimento de recursos financeiros nos primeiros anos da década de 70 (Menicucci, 2007: 68,69).

Em 1966 os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), concentrando todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o órgão passou a gerir as aposentadorias, pensões e a assistência médica dos trabalhadores formais. Com a criação do INPS, o Estado tornou-se o maior empregador de serviços de saúde. Porém, a saúde pública continuou relegada a segundo plano e tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia.

Além de concentrar o poder sob o estabelecimento de políticas nos altos escalões burocráticos da previdência, a unificação dos IAPs excluiu dos processos decisórios os segurados e representantes burocráticos intermediários, técnicos (Luz, 1986:138).

A clientela da Previdência Social expandiu enormemente, não só pela incorporação de novas categorias, mas porque o crescimento econômico fez emergir grandes contingentes de assalariados dos mais diversos níveis, todos obrigados à filiação. Este aumento, aliado à dinâmica centralizadora do autoritarismo, propiciou a despeito das formas e intenções que dirigiam o processo, um deslocamento rumo à universalização dos direitos sociais. Contudo, à disseminação de direitos não correspondeu uma estrutura capaz de assegurar o exercício dos mesmos, o que tornou precária a cidadania que se universalizava (Vianna, 1998). Esta universalização da cobertura, apontada com a unificação de todos os institutos e eliminação das diferenciações entre eles e a criação do INPS significou a implosão do arranjo corporativo que caracteriza o início da Previdência Social.

Isto só foi possível quando as bases do poder autoritário passaram a prescindir do apoio dos trabalhadores. Portanto, não foi resultado de um movimento de massa de assalariados em torno de igualdade, os quais, em muitos casos, viram na unificação a perda de benefícios corporativos e se posicionaram contra ela (Menicucci, 2007:70).

Para responder às críticas de seu projeto político e social, o governo militar atuou de duas formas: de um lado, ampliou de forma controlada o espaço de manifestação política; de outro, utilizou simultaneamente dois mecanismos de respostas às camadas populares – concessões econômicas restritas e uma política social ao mesmo tempo repressiva e paternalista.

Isso significa que a trilha da universalização institucional da assistência não teve como apoiadores os principais afetados por ela: os empregados urbanos assalariados. Não tardaria que novas formas de segmentação dos trabalhadores se recriassem na prestação de serviços de saúde, dificultando a constituição de uma visão universalista por parte dos assalariados e reforçando sua visão corporativa, favorecida pelos arranjos anteriores. A forma como se dará a expansão da assistência pública definirá os contornos institucionais da assistência à saúde no Brasil e refletirá essa configuração político-institucional anterior (Menicucci, 2007: 70).

Com relação à assistência médica, a unificação dos IAPs constituiu o primeiro passo a caminho da universalização, pulverizando a organização funcionalmente segmentada dos serviços. O resultado, porém, foi uma queda da qualidade do atendimento prestado, sentida, sobretudo, pelas categorias profissionais mais bem remuneradas que dispunham de um bom

serviço próprio (Vianna, 1998). A autora ressalta que o ciclo de privatização não teria se completado sem as alterações ocorridas nas dimensões e no poder aquisitivo da população consumidora:

a clientela potencial dos convênios-empresas e planos de saúde crescera e se diversificara na esteira da modernização econômica. Seres emergentes que desconheciam as *vantagens* antes oferecidas pelo corporativismo estatizante dos IAPs, haviam entrado em cena. Assim, nos anos 70 formara-se uma significativa demanda por serviços médicos massificados de boa qualidade. Ou o Estado fornecia – e para isso faltava a voz que o autoritarismo calara – ou o mercado engendrava a saída. (...) E, com efeito, o mercado engendrou a saída, mas não sem o concurso do Estado como de praxe no Brasil (Vianna, 1998:139).

Para demonstrarmos o crescimento da rede privada de assistência neste período, utilizaremos ilustrativamente o caso de expansão da rede hospitalar. A rede de serviços próprios dos IAPs em 1964 era significativa para o atendimento de sua clientela, dada a reduzida cobertura previdenciária antes da criação do INPS. É possível inferir que até a década de 60 o desenvolvimento da rede privada hospitalar seguia um movimento próprio, com o crescimento, em parte, independente da política pública assistencial. Além disso, no período de 1935/50 há um crescimento relativo dos leitos hospitalares públicos em comparação aos privados. Após essa época é que vai se observar a crescimento progressivo da proporção de hospitais privados em detrimento dos públicos, além da expansão de clínicas privadas destinadas ao atendimento ambulatorial. A partir dos anos 70, haverá uma verdadeira estagnação da capacidade relativa da rede hospitalar pública (medida pelo número de leitos), que se manterá praticamente inalterada até a década de 90, o que terá como contrapartida o crescimento da importância da rede hospitalar privada (Menicucci, 2007:72).

Tabela 1 – Leitos hospitalares. Brasil, 1935 – 1999

Anos	Leitos hospitalares			Anos	Leitos hospitalares		
	Públicos %	Privados %	Total		Públicos %	Privados %	Total
1935	36,69	63,31	61.877	1981	23,9	76,1	522.769
1945	44,60	55,40	124.339	1982	24,0	76,0	530.501
1950	46,13	53,87	162.515	1983	23,9	76,1	534.055
1960	37,89	62,11	257.371	1984	23,7	76,3	538.721
1965	36,97	63,03	228.545	1985	25,8	74,2	532.283
1971	33,90	66,10	367.522	1986	22,4	77,6	512.346
1975	31,60	68,40	394.782	1987	22,3	77,7	519.698
1976	26,80	73,20	443.888	1988	22,9	77,1	527.196
1977	26,60	73,40	455.712	1989	22,9	77,1	522.895
1978	26,20	73,80	475.452	1990	23,4	76,6	533.558
1979	24,30	75,70	488.323	1992	24,8	75,2	544.357
1980	24,10	75,90	509.168	1999	29,6	70,4	484.945

Fonte: 1935 – Bahia; 1991 e Braga e Paula; 1981 (*apud* Menicucci, 2007: 74).

Notas: à exceção da AMS, esta tabela utiliza dados obtidos de diversas fontes, com graus distintos de fidedignidade, devendo ser avaliada apenas como indicadora de tendência.

Para os anos 1945-75, as porcentagens e os totais foram corrigidos em relação à tabela original.

Segundo Menicucci (2007: 74) o número de leitos hospitalares do período de 1935 a 1999, oferecidos pelas redes públicas e privadas comprovam que

(...) foi a partir da criação do INPS, em 1966, na vigência do regime autoritário, que a política previdenciária da assistência à saúde passou a dar prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento da ampliação dos serviços próprios. Essa opção se fez em nome de uma racionalização viabilizadora da expansão da cobertura e sob o argumento da crise financeira dos IAPs e da necessidade de novas formas de regulação das instituições e da prestação de serviços (Oliveira & Teixeira *apud* Menicucci, 2007:74). Após 1968, vai prevalecer uma nova racionalidade na saúde acompanhada da exclusão de discursos alternativos, sendo um de seus traços a concentração de poder decisório em altos escalões da hierarquia burocrática institucional, que tinha no discurso do planejamento a prática institucional dominante (Luz *apud* Menicucci, 2007: 74). Além disso, com a unificação da assistência médica no INPS, torna-se dominantes as forças institucionais liberais e privatistas da corporação médica, portadoras de um discurso medicalizante como solução para problemas de saúde, cujo materialização será a implantação da prática assistencial curativa de acentuada tendência privatizante, sob a forma de convênios entre a iniciativa privada e o Estado (Menicucci, 2007: 74).

Ou seja, ao não se optar pela expansão da rede pública, a política governamental favoreceu a expansão da rede privada e esta escolha será condicionante da evolução da assistência médica. Esta opção faz parte de um modelo mais geral de relacionamento entre Estado e sociedade e de uma política de centralização e primazia do produtor privado no contexto político pós-64, podendo ser verificado no fato de que todas Constituições do período darão prioridade à iniciativa privada, em detrimento do setor público.

Destaca-se que embora a medicina privada preexistisse à intervenção do Estado, o crescimento do setor médico empresarial é evidente após a expansão da assistência médica previdenciária, com prerrogativa da compra de serviços. Neste período, os três principais atores que constituíram a arena política da assistência médica foram:

- os proprietários de hospitais e clínicas credenciadas pelo INPS ou aspirantes ao credenciamento;
- os empresários das grandes companhias, interessados em ampliar a assistência à saúde de seus empregados de forma direta ou subsidiada pelo Poder Público;
- os proprietários das empresas de medicina de grupo, empresas voltadas para a prestação de serviços médicos para outras empresas, que irão se desenvolver também em decorrência de opções governamentais (Menicucci, 2007:78).

Desta forma, a política de assistência à saúde, baseada nos privilégios do setor privado para a prestação de serviços para uma clientela crescente, em razão da gradativa ampliação da cobertura, levou à constituição, na década de 60, do *complexo previdenciário*, entendido como o conjunto de atividades médico-assistenciais desenvolvidas pelo sistema próprio e pelo sistema centrado da Previdência Social (Possas *apud* Menicucci, 2007:79). Essa estrutura, composta de subsistemas diferenciados, vai se distinguir pela natureza jurídica e pela forma de articulação entre o setor público e o setor privado, apresentando lógicas diferenciadas de prestação de serviços. Os três subsistemas mencionados são:

Subsistema do complexo previdenciário próprio: era constituído pelos postos de assistência médica e hospitais do INPS e, a partir de 1977, do INAMPS. Os primeiros eram responsáveis pela assistência ambulatorial, que, no âmbito dos IAPs, era predominantemente pública, situação que permanece após a reforma – na década de 70, cerca de 70% dos estabelecimentos de saúde, sem internação, responsáveis pelos atendimentos ambulatoriais, faziam parte da rede pública. Entretanto, embora bem menos numerosos (menos de 20% do total), os hospitais da rede pública caracterizavam-se por serem bem maiores e bem mais equipados, assim, por sua superioridade técnica, assumiam os tratamentos mais graves,

duradouros e caros. Em consequência, tinham em geral um custo operacional mais alto (Menicucci, 2007: 80,81).

Subsistema do complexo previdenciário contratado: formado pela rede de serviços privados. Sob a alegação da insuficiência da rede própria para atender à demanda crescente de segurados, estabelecimentos eram credenciados pelo INPS pra atender pacientes segurados. Os serviços credenciados, particularmente de casas de saúde e hospitais, que correspondiam a mais de 80% dos estabelecimentos, eram remunerados na base de Unidade de Serviços (US), tabela de preços por ato médico que define o montante de US por tratamento, cujo valores variavam segundo a complexidade e a densidade tecnológica do ato médico, sendo o pagamento realizado pelo número de serviços. Essa forma de pagamento revelou-se um fator incontrolável de corrupção e de estímulo à produção de serviços hospitalares como forma de ampliar ao faturamento, por meio da multiplicação e desdobramento de atos médicos e da preferência por intervenções mais caras. Em razão da dificuldade de controle das contas hospitalares, a forma de pagamento por US, aliada ao superfaturamento, foi um fator que colocou em risco o sistema financeiro da Previdência e apontou para a inviabilidade de preservação desse modelo, levando a modificações posteriores, apesar da defesa intransigente da US pelos prestadores privados de serviços, seus principais beneficiários (Menicucci, 2007:81).

Subsistema do complexo previdenciário conveniado: ocorre mediante o estabelecimento de convênios com empresas pelas quais, mediante um subsídio, a empresa passava a arcar com a responsabilidade pela atenção médica a seus empregados, desobrigando o INPS da prestação direta de tais serviços. Na maioria dos casos, em vez de prover diretamente os serviços médicos, a empresa comprava serviços de outra empresa especializada, chamada de *medicina de grupo*, *empresa médica* ou *grupos médicos*, estabelecendo-se um acordo triangular entre INPS / empresa empregadora / empresa médica (Menicucci, 2007:84). O desenvolvimento deste subsistema, como veremos no capítulo 3, é o que vai garantir a expansão do mercado de planos e seguros privados.

A reforma administrativa realizada em 1967 traduz a filosofia do governo de eximir os órgãos da administração pública da prestação direta de serviço sempre que a iniciativa privada pudesse assegurar sua execução, definindo para cada ministério o máximo possível de desistências das ações executivas em benefício do setor privado, com restrição das suas atividades, na medida do possível, ao nível normativo. No caso da prestação da assistência médica,

o decreto-lei 200/67 dava preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas já existentes na comunidade. O resultado foi a vinculação crescente da atividade privada às instituições estatais, quando o Estado assumiu o papel de regulador (Oliveira & Teixeira; Possas *apud* Menicucci, 2007:74).

Em 1968 é instaurado um Plano de Saúde que ficou conhecido como o *Plano Leonel Miranda*, levando o nome do então ministro da saúde, e se constitui na mais clara afirmação dos desígnios privatizantes do então governo na área de saúde. Ele propunha a privatização integral do sistema nacional de proteção e recuperação da saúde, regime de livre escolha do médico e do hospital pelo cliente e participação compulsória direta e imediata do usuário no custeio dos serviços.

Para Luz (1986:130) o Plano Nacional de Saúde de Leonel Miranda possui um discurso estatal privatista à medida que o Estado e a população financiariam os serviços privados de assistência médica. Subordinando sua visão de Saúde ao conceito institucional da Organização Municipal de Saúde (OMS) – bem estar físico, mental e social do homem - foi necessário adequar um projeto de desenvolvimento industrial centrado na produtividade e no crescimento econômico, mas ao mesmo tempo garantidor do bem estar do homem (Luz, 1986:131).

Ou seja, são harmonizados em um discurso o bem estar da população, o desenvolvimento (crescimento) econômico, os interesses científicos e econômicos da indústria e comércio de medicamentos (Luz, 1986:132). Porém, faltam aqui os interesses corporativos médicos, pois neste momento a prática liberal da medicina esteve ameaçada pela sofisticação dos equipamentos médicos necessários para a montagem de consultórios, que gerava encarecimento dos serviços, e pela redução de recursos da população para gastos com saúde (Luz, 1986: 132).

No entanto, para preservar os interesses da classe médica, a solução encontrada foi a privatização da assistência médica. Um dos artigos do plano determinava que as atividades de assistência médica deveriam ser privadas, e os honorários correspondentes aos serviços, pagos diretamente pela população. Porém o pagamento adquiriria caráter duplo pois além do desconto do Estado na folha de pagamento, a população pagaria de novo o serviço, agora de forma direta (Luz, 1986:132).

Neste sentido, o Plano representa *o discurso privatista no seu aspecto radical, o da produção médica liberal* (Luz, 1986:133). Segundo Escorel (2008), o Plano Nacional de Saúde (PNS) foi a proposta mais privatizante do Sistema Nacional de Saúde e realizada pelo próprio Ministério da Saúde, pois ele pretendia vender todos os hospitais públicos à rede

privada, sendo papel do Estado apenas um co-financiamento dos serviços privados, pois estes seriam custeados também pelos próprios usuários (Escorel, 2008: 393).

Embora este plano parecesse agradar a todos, na prática isto não aconteceu. Em primeiro lugar o povo que teria que pagar duplamente pelo mesmo serviço. Em segundo os agentes médicos portadores do discurso assistencial estatista, se opuseram à entrega dos recursos estatais a mãos privadas. O discurso sanitarista o condenará por considerá-lo uma proposta assistencialista. Já o projeto sanitarista tecnocrático denunciara-o por ser anti-sanitarista e curativista privatista (Luz, 1986:134).

O Plano também foi criticado pelas associações médicas civis como as faculdades médicas, associações e sindicatos médicos. Estas instituições vão ressaltar a inviabilidade econômica de uma proposta de generalização da medicina calcada no pagamento privado pelo Estado, segundo estas o projeto de universalização com base na iniciativa privada em detrimento dos serviços de saúde pública, gerariam a longo prazo prejuízo para a saúde da população e para o próprio Estado (Luz, 1986:135).

Assim, o PNS foi encerrado em 1968 com o argumento de que ele era inviável devido a inexistência de uma estrutura econômico-financeira que garantisse recursos necessários para sua realização em plano nacional. No entanto, segundo Luz, ele permaneceu vivo através de *três criaturas* que nos anos seguintes crescem e tomam conta da atenção médica previdenciária no país - *os convênios com hospitais, clínicas e laboratórios; os pagamentos por unidades de serviço médico e, finalmente, com a expansão dos postos de ambulatórios do INPS e o crescimento contínuo da demanda de serviços médicos, e extensão das filas de segurados à espera de consultas* (Luz, 1986:137).

Neste período o superfaturamento médico, com internações repetidas e desnecessárias, além de intervenções cirúrgicas não indicadas, passam a ser males endêmicos no INPS e motivam o crescente empenho intra-institucional de regulamentar toda a prática médica que recebia algum tipo de auxílio da previdência social (Luz, 1986:137).

3.2 ATORES E A CONSTITUIÇÃO DE INTERESSES

Swaan (1988) destaca que especificamente em relação aos sistemas públicos de saúde, é relevante o papel assumido pela indústria farmacêutica, e especialmente pelos médicos e prestadores privados de serviços de saúde. A forma como o Estado define o espaço de

inserção dos médicos terá papel significativo para a definição do *mix* público-privado no qual se estrutura a relação entre o financiamento e a prestação de serviço nos sistemas nacionais de saúde. Podemos desta forma compreender que é durante o período militar que estes atores ressaltados por Swaan vão se estabelecer na edificação da política pública de saúde brasileira acarretando consequências desastrosas para o futuro sistema que estaria por vir- o SUS.

Acima já exploramos o crescimento da participação do setor privado, principalmente através da ampliação da rede hospitalar em detrimento da expansão da rede pública, abaixo destacaremos o papel dos médicos e da indústria farmacêutica. Como pode-se perceber, nos anos 70 o estabelecimento da prática liberal do médico vai envolver toda uma mudança de concepções cujo questionamentos vão desde a formação profissional até as organizações civis de interesse corporativo.

Até o início dos anos 70 o ensino da medicina apresenta um modelo curricular calcado, desde o século XIX, sobre modelos curriculares europeus embora seja possível verificar reivindicações estudantis por mudanças desde a época do Império. Pequenas mudanças, apenas simbólicas, pois em nada afetam a estrutura centenária do ensino, começam a se realizar no final da década de 50 em consequência de pressões estudantis e da ideologia nacionalista industrialista (Luz, 1986:170). É somente nas décadas de 1960 e 1970 que transformações são verificadas no saber e práticas médicas, e estas devem ser imputadas às mudanças na área das políticas de saúde e à implantação de uma política educacional universitária que será denominada *Reforma Universitária* (Luz, 1986:162).

Na década de 50 e 60 predominava uma formação teórico-formal, onde o médico catedrático ministrava seus cursos baseado numa prática hospitalar demonstrativa, onde conduzia seus assistentes pelos leitos de diversos hospitais dispersos pela cidade. Na década de 70 expandirá o Hospital Universitário com sua hierarquia institucional médica estabelecida do interno ao titular, dando espaço para a ampliação de poder dos professores pesquisadores que vai substituir aos poucos, o velho catedrático (Luz, 1986:173).

A pressão crescente dos movimentos sociais estudantis a partir dos anos 70 se apoiará em duas frentes de contradição do saber médico: *o divórcio do ensino médico brasileiro face a realidade brasileira e sobre a defasagem do ensino frente à prática médica*. Esta defasagem consiste no fato do currículo oficial não ter seguido o rumo especializante do modelo de medicina que se tornou predominante entre os médicos da década de sessenta. Apesar de não ter havido mudança na estrutura curricular, a nível da prática médica entra em declínio no final dos anos 50 a figura do médico clínico, caracterizado pelo prestígio profissional e autoridade diante da sociedade, e surge em seu lugar o médico generalista, profissional

altamente qualificado, cobrando caro por seus serviços e repassador de clientes para especialistas, alvo da propagando dos grandes laboratórios no país (Luz, 1986:163).

Este modelo de atenção médica é inspirado no modelo estadunidense, apoiado em pareceres especializados e exames laboratoriais, e a assistência hospitalar é sofisticada e especializada, o que torna o acesso inacessível a maior parte da população. O modelo também aumenta os custos da formação do profissional médico, pois passa a exigir mais especialização e a necessidade de residência médica para compensar a formação insuficiente. Assim, a prática hospitalar especializada e especializante, substituirá e será ao mesmo tempo, o ensino médico, começando cada vez mais cedo, e o ensino da medicina tenderá a se passar no hospital, que se tornará, por sua vez, um *situs* institucional universitário (Luz, 1986:172-173).

É depois da Reforma Universitária e da realização de convênios entre os hospitais e o INPS que se unificará institucionalmente a prática do ensino médico num espaço propriamente universitário. O novo Hospital Universitário destinado aos estudantes e a uma crescente clientela previdenciária, possuidor de sofisticação tecnológica e especializada, se converterá no centro da prática médica de ensino médico e centro da política de saúde do país a partir da década de 1970 (Luz, 1986:174).

Em nível macro-institucional a Política de Saúde (previdenciária) e a Política de Educação (especializante e tecnicizante) vão contribuir para redefinir a figura do médico e da prática médica, mas também o mercado da saúde, isto é, quem pode oferecer e quem pode ser cliente de serviços médicos (Luz, 1986:162). Outro fator acrescentado em nível macro, é a influência da indústria químico-farmacêutica na produção do saber médico e a influência da indústria de equipamentos médico-hospitalares e laboratoriais no saber e na prática médicas em todo o mundo ocidental a partir da Segunda Guerra e no Brasil desde o período desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek (Luz, 1986:162).

Soma-se à participação dos médicos na formação do sistema de saúde brasileiro o papel das entidades de representação de interesses, merecendo destaque as seguintes entidades – a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Médica Brasileira (AMB), as quais serão apresentadas de maneira sintética.

A Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) foi pioneira na defesa da medicina lucrativa e sua criação em 1966 coincide com os primeiros convênios da Previdência Social com as empresas. Seu objetivo era organizar, regular e defender as empresas privadas que já estivessem atuando ou que viessem a se organizar, propagar e

incentivar o desenvolvimento da atividade. Desde sua criação, sua principal atuação foi como interlocutora dos grupos médicos perante as autoridades governamentais (Menicucci, 2007:148).

Também em 1966 foi criada a Federação Brasileira dos Hospitais Credenciados pela Previdência Social que futuramente se transformaria em Federação Brasileira de Hospitais (FBH). O próprio nome original demonstra a relação com a Previdência maior compradora de serviços hospitalares e garantidora da expansão do mercado de serviços hospitalares. Desde sua criação busca influenciar a política de assistência médica e, principalmente, o valor pago aos serviços hospitalares pelo sistema público de saúde, ainda hoje o principal comprador destes serviços (Menicucci, 2007:152).

A Associação Médica Brasileira (AMB) foi criada na década de 1950, assim como os Conselhos Regionais de Medicina¹⁴. Aumentou sua presença política a partir de 1964 quando assumiu posição contrária à ampliação da intervenção do Estado na assistência médica, postura que marcou o período. Sua atuação em conjunto com alguns sindicatos médicos nesse mesmo período voltou-se também contra o empresariamento da medicina, desencadeando uma oposição ferrenha à atuação das empresas de medicina de grupo. Embora a grande bandeira da AMB seja a defesa da prática liberal da medicina, ela presenciou ao longo dos anos 60 e 70 a alteração da inserção médica no mercado de trabalho que passa cada vez mais ao trabalho assalariado em substituição a medicina liberal exercida em consultórios, acompanhando o desenvolvimento da assistência à saúde no país (Menicucci, 2007:154).

No que tange a participação da indústria farmacêutica no modelamento da política de saúde, o desenvolvimento inicial da indústria farmacêutica no Brasil guarda forte relação com a instituição da saúde pública, das práticas sanitárias de prevenção e combate às doenças infecciosas e, em especial, com as instituições de pesquisa básica e aplicada. No final do século XIX e início do século XX ela estava vinculada à necessidade de combate às endemias levando à fundação de institutos de pesquisa e à produção de medicamentos, soros e vacinas (Ribeiro, 2001).

O Estado brasileiro teve uma participação importante nos primórdios do desenvolvimento industrial farmacêutico ao incentivar e fornecer recursos para alguns dos primeiros laboratórios farmacêuticos. O Estado contribuiu também para a formação dos primeiros cientistas brasileiros que, posteriormente, se tornaram responsáveis pelo

¹⁴ Ressalta-se que a categoria médica é a que tem mais longa experiência de organização embora pulverizada em em diferentes instituições como a AMB, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os sindicatos reunidos na Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e na Confederação Médica Brasileira (CMB).

desenvolvimento de planos de saúde pública, produção de soros, vacinas e medicamentos, por parte de empresas pioneiras (Ribeiro, 2001).

No entanto, o perfil do segmento farmacêutico no Brasil sofreu uma mudança brusca a partir dos anos 50. A adoção de medidas e planos desenvolvimentistas, como os verificados na gestão do presidente Juscelino Kubitschek e do período militar, abriram as portas do setor às empresas de capital estrangeiro que foram responsáveis pela eliminação de boa parte da concorrência dos laboratórios nacionais.

Este processo é chamado de *desnacionalização da indústria farmacêutica* no Brasil e é marcado pelo intenso ritmo de compra de laboratórios nacionais por subsidiárias de empresas estrangeiras, provocando queda na participação relativa das empresas nacionais no volume de vendas no mercado. Segundo Ribeiro (2001), este processo pode ser atribuído a três fatores principais:

- ausência de política setorial governamental visando a proteção da indústria nacional contra a competição estrangeira;
- situação de maior fragilidade das empresas locais face às inovações tecnológicas da década de 40, consequência da expansão do complexo farmacêutico internacional sob domínio dos EUA;
- e medidas de estímulo à entrada de capitais estrangeiros que caracterizaram a política econômica na década de 50, enfraquecendo o poder de competição das empresas nacionais.

A expansão do complexo industrial representado pela empresas transnacionais na área de indústria farmacêutica encontra eco nas diretrizes que nortearam a redefinição do modelo de assistência à saúde durante o período de autoritarismo militar, compreendido entre 1964 e 1985.

Do final da Segunda Guerra Mundial até o final da década de 1960, o setor farmacêutico brasileiro não foi objeto de políticas públicas que visassem seu desenvolvimento científico e tecnológico (Bermudez, 1995). É apenas a partir da década de 1970 que se verificam esforços no sentido de criar competências nas áreas da indústria química que, crescentemente, assumiam maior importância para a indústria farmacêutica.

Uma destas medidas foi a criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, instituída como órgão da Presidência da República com a função de regular a produção e a distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados aos ministérios. Entre seus objetivos específicos destacam-se o levantamento da capacidade de

produção dos laboratórios farmacêuticos, estrutura de custos, racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, incremento da substituição de importações de matérias-primas, promoção de incentivos para o desenvolvimento de pesquisas científicas, organização de eventos científicos, organização e coordenação de mecanismos de distribuição de medicamentos em todo o país. Possuía, inclusive, um Subsistema de Pesquisa Científica, cujas funções eram o planejamento e desenvolvimento de pesquisas puras e aplicadas na área de produção de medicamentos, a permanente atualização da farmacopéia brasileira e o incentivo a programas de aperfeiçoamento e especialização de técnicos e cientistas (Bermudez, 1995).

Em 1974, a CEME passou a ser vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, restringindo sua atuação à distribuição de medicamentos e, em 1975, à promoção e coordenação das atividades destinadas ao desenvolvimento tecnológico do setor químico-farmacêutico. O Decreto 75.985, de 17 de julho de 1975, determinou como função da CEME o fornecimento dos medicamentos essenciais a preços acessíveis ou a título gratuito. Essa seria uma evidência do esvaziamento da proposta original da CEME, bem como das pressões do empresariado e da oposição entre as necessidades da Política de Saúde e os determinantes da Política Industrial (Bermudez, 1995).

Portanto, o que se procurou demonstrar é que as políticas de saúde de caráter público das décadas de 1960 e 1970 favoreceram a constituição, fortalecimento e configuração de interesses de diversos atores do mercado, em especial médicos e prestadores privados. A desnacionalização do setor farmacêutico impediu o desenvolvimento de pesquisas que contribuíssem para o avanço tecnológico e a soberania científica do país. A ausência de uma política de saúde que incluísse a assistência farmacêutica também iria gerar consequências danosas à universalização e dificuldades na definição de política de medicamentos.

3.3 ANOS 70: PERSPECTIVAS DE MUDANÇAS - II PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO E PLANO DE PRONTA AÇÃO

Ainda na lógica privatista dominante dos anos 60 e 70, merecem destaque dois planos governamentais: o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e o Plano de Pronta Ação (PPA). Com relação ao início da década de 1970, especificamente os anos de 1972 a 1974, Luz (1986:139) afirma que se estruturaram os elementos do cenário da medicina estatal

privatista através dos seguintes fatores:

- privatização regulamentada da atenção médica centralizada no Estado, controlador monopólico da demanda de serviços;
- organização das instituições médicas em modelo empresarial (mesmo as estatais), financiadas pela Previdência Social que pôde, desta forma, ordenar as ofertas de serviços;
- socialização do trabalho médico a baixo preço;
- crescimento da população assalariada e seus dependentes buscando no INPS atenção à saúde.

A análise de Vianna (1998: 136) reforça o postulado acima, pois segundo ela o efeito de maior repercussão sobre os rumos da proteção social, detonado pelo tipo de organização ocorrida no contexto pós-64, foi o *atrelamento do sistema a uma lógica privatizante*. Ela irá listar quatro formas pelas quais a privatização atingiu a política social: primeiramente seria a irrestrita adoção de critérios de mercado ou da eficiência empresarial na gestão de organismos públicos criados para implantar programas sociais. Em segundo, a terceirização – contratação de clínicas e hospitais particulares para ampliar a rede de atenção médica sem investimentos públicos. Em terceiro, a reciclagem do dinheiro público: fundos instituídos para financiar a proteção social (FGTS, FAS, PIS/PASEP) que acabaram sendo desviados para outros fins e por último, como fator adicional da dinâmica privatizante, atuou o estímulo ao abandono dos serviços públicos via particularização dos programas e, sobretudo, pela insuficiência do atendimento.

O Governo Geisel (1974-1979), pode ser caracterizado não por uma transformação no modelo de atenção à saúde, mas por uma mudança na arena política da saúde. É neste período que surgiu no cenário setorial um movimento, um novo pensamento que, em seu processo de articulação, foi se conformando como um novo ator coletivo, uma nova força política, o Movimento Sanitário, como veremos adiante (Escorel, 2008:407).

É num contexto de crise econômica e de legitimidade, vivenciado no momento, que é elaborado pelo governo Geisel, em 1974, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) que pretendia, mesmo em face às adversidades internacionais, manter o ritmo de crescimento e atingir o sonho do *Brasil grande potência*. No campo social, reconheceu que a política social tem objetivos próprios e que o desenvolvimento social deveria ocorrer de forma paralela e progressiva ao desenvolvimento econômico. As prioridades no campo social eram a educação (esforço na área de pós-graduação), e a saúde, em particular a assistência médica da previdência social (Escorel, 2008:401).

O diagnóstico do II PND para a saúde pública e para a assistência médica da Previdência tinha o seguinte teor: detectava a carência de capacidade gerencial e estrutura técnica que reduzia a eficácia dos recursos públicos a elas destinados e elevava o risco das decisões de aumentá-las substancialmente. Frente a este desafio, criou-se o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). O MPAS teria sua atuação voltada para o atendimento médico assistencial individualizado, enquanto o Ministério da Saúde permaneceria com ações voltadas para os atendimentos de interesse coletivo, inclusive a vigilância sanitária (Escorel, 2008:401).

Ao priorizar o setor saúde no campo social, o II PND possibilitou a abertura de espaços institucionais para o desenvolvimento de projetos que absorveram intelectuais e técnicos de oposição, e estes espaços também serviram como estímulos *oficiais* a organização do Movimento Sanitário, como veremos adiante. Isto se deve ao aumento do financiamento do Ministério da Saúde no ano de 1975 em relação aos anos anteriores, e na área da Previdência ao unificar e centralizar os recursos dando uma aparência de um *superávit* em relação à demanda (Escorel 2008:401).

No ano de 1974, foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA) que compreendia um conjunto de medidas criadas para disciplinar e organizar o funcionamento dos diferentes setores componentes do complexo previdenciário e, ao mesmo tempo, criar condições para atender à necessidade de expansão da cobertura, tornando os serviços de saúde mais acessíveis, pois seu compromisso era universalizar o atendimento médico, principalmente de emergência. A previdência se comprometeu a pagar o atendimento tanto à rede pública quanto à rede privada, independente do vínculo previdenciário do paciente. Porém, na prática, o PPA foi amplamente utilizado para enriquecimento ilícito das empresas médicas (Escorel, 2008:403).

Esse plano expressou a reinstalação no Ministério da Previdência dos tecnocratas do antigo IAPI, de orientação privatista (Melo *apud* Menicucci, 2007:92), e teve como resultado o reforço do modelo de expansão da assistência por meio do setor privado. Seu objetivo era utilizar toda a capacidade instalada, tanto pública quanto privada, e garantir a ampliação do atendimento na rede de serviços privados, articulando todos os serviços de assistência médica do país. Para alcançar esse objetivo, vários mecanismos foram criados.

Foi estabelecida a universalização do atendimento nos casos de emergência, independentemente da condição de segurado da Previdência Social. A princípio restrito aos estabelecimentos públicos, o atendimento de emergência foi estendido aos privados e, em razão da baixa capacidade de controle governamental, constituiu-se como mais uma

possibilidade de fraude, pela realização de atendimentos não-emergenciais (Menicucci, 2007:92).

Outro mecanismo que também iria atender às reivindicações dos produtores privados, ao facilitar a incorporação das camadas médias aos serviços médicos da Previdência, foi a decisão de facultar ao segurado a opção por instalações especiais nos hospitais particulares contratados pela previdência, com a complementação de valores sendo paga pelo próprio cliente ao hospital. Uma consequência dessa medida foi a tendência de os hospitais passarem a manter uma reserva de leitos para as *instalações especiais*, com a consequente falta de leitos comuns para os segurados que não arcassem com os custos adicionais (Melo *apud* Menicucci, 2007:92).

Um terceiro mecanismo que reforçou a compra de serviços privados foi o veto à ampliação da própria rede hospitalar. Ao mesmo tempo, à rede própria da Previdência Social já existente o PPA destinou a prestação de assistência hospitalar de alta especialização, decisão que pode ser vista como o reconhecimento oficial do padrão técnico mais elevado dos hospitais públicos (Menicucci, 2007:92).

O quarto mecanismo foi a normalização de uma assistência fundamentada no regime de livre escolha, parâmetro típico do mercado. O PPA previa a prestação de serviços por intermédio de cooperativas médicas – forma alternativa de organização empresarial dos serviços médicos que emergiu de um movimento de oposição das entidades médicas à medicina de grupo em plena expansão no período. A preferência foi dada aos prestadores que assegurassem a livre escolha de hospitais, clínicas e profissionais, característica das cooperativas, privilegiando o regime de livre escolha e a diferenciação de clientelas e tendo como forma de pagamento dos serviços contratados a Unidade de Serviço (Menicucci, 2007:93).

Os resultados do plano foram uma aceleração dos contratos de prestação de serviços de saúde com o setor privado na forma de convênios e contratos, além do crescimento dos convênios com a rede oficial não-previdenciária – hospitais universitários e secretarias estaduais e municipais de saúde. Após a implantação do PPA também ocorreu um crescimento expressivo do número de serviços médicos e de todos os tipos de procedimentos na rede privada em detrimento dos serviços realizados na rede própria da previdência.

O PPA é, assim, uma expressão inequívoca da direção da política de saúde que indicava a universalização da cobertura assistencial, alicerçada na compra de serviços privados e com restrição dos serviços estatais às áreas de menor interesse empresarial: ambulatórios para a atenção primária e hospitais de maior complexidade tecnológica e maior custo (Menicucci, 2007:93).

Embora denominado plano, o PPA será o instrumento jurídico-político para pôr em prática uma política já existente e dominante de atenção médica, transformando um programa setorial (assistência curativa individual) em prática universal e hegemônica. Ao estender o atendimento de urgência a toda a população, abriu um mercado cativo para o setor privado, em especial o setor hospitalar, acarretando de acordo com Luz (1986:141) os seguintes efeitos políticos e econômicos:

- regulação da prática médica através de diferentes tipos de convênios;
- organização por meio dos convênios do mercado da saúde tanto através oferta de serviços como da demanda;
- estabelecimento do ensino médico e do hospital como espaço de treinamento da mão-de-obra médica, determinado em princípio sua transformação institucional em hospital universitário.

Nas palavras de Luz (1986),

o PPA sintetiza no espaço de um mês a transformação de cerca de quarenta anos das instituições médicas! Mais que isto, ratifica a dominância do poder institucional da atenção médica previdenciária e reafirma a importância de seu papel na estratégia de hegemonia. Mais ainda, possibilita institucionalmente a expansão futura da medicalização social, unificando sob seu comando vários Ministérios, portanto vários espaços institucionais, tornado-os veículos de um projeto assistencialista (Luz, 1986:142).

Vianna (1998) vai postular que o padrão de proteção social construído no pós-64 pode ser caracterizado pela modernização iniciada com a criação do INPS que desmontou os mecanismos de integração e inibiu a trajetória alemã do sistema previdenciário. Expandiu a população contribuinte, mas desintegrou os sistemas associativos que lhe asseguravam voz; impôs, ao mesmo tempo, à política social uma racionalidade privatizante – tecnicamente justificada – e um papel de moeda de troca no mercado político, desencadeado a *americanização perversa* da Seguridade Social no País ¹⁵.

¹⁵ Em síntese a idéia de americanização perversa de Vianna (1998) procura demonstrar que o projeto

3.4 O MOVIMENTO SANITÁRIO E OS CAMINHOS DA UNIVERSALIZAÇÃO

O Movimento Sanitário emergiu no contexto em que surge a proposta de reformulação da política de saúde como uma efetiva reforma sanitária. Era constituído principalmente por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, e originado nos Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades de medicina influenciando o mundo acadêmico e atuando como liderança do processo de reformulação do setor saúde. Apesar deste movimento ter um papel fundamental no processo de democratização e de formulação de uma imagem-objetivo para a política de saúde no Brasil, ele perderá seu vigor após a retomada da democracia e no momento de implementação da política de saúde, quando os diferentes interesses e clivagens ideológicas internas vão se explicitar e quando se dará o embate com propostas contrárias em razão dos interesses constituídos ao longo do desenvolvimento da política de saúde (Menicucci, 2007:176).

O Movimento Sanitário aproveitou a estratégia de distensão política iniciado no Governo Geisel (1974-1979) e apresentou propostas com vistas a melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes. Ele se constituiu através da articulação de uma série de núcleos que traziam propostas transformadoras e que, aos poucos, passaram a compartilhar de uma visão e de uma linha de atuação que culminou por tomar forma como movimento sanitário. Portanto

chamamos de *movimento sanitário* o movimento de profissionais de saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem do problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (Escorel, 1999 *apud* Escorel, 2008:407).

modernizador implantado durante o autoritarismo no período posterior a 1964, implicou o desencadeamento de um processo de *americanização* da proteção social, nítido no campo da saúde, mas facilmente generalizável para toda a política pública voltada para o social. A modernização efetuada pelos militares, fez um percurso inverso àquela conduzida sob o autoritarismo varguista, onde a política social serviu para incorporar, seletiva e hierarquicamente, o mundo do trabalho organizado à cidadania, diferenciando-o do *resto* da população pobre. Para ela, a ditadura recente disseminou direitos entre os antes excluídos, mas nivelou esta cidadania social em patamares tão baixos que a estigmatizou, afastando do sistema público os trabalhadores formais e a imensa gama de novos segmentos médios assalariados – também criaturas do projeto modernizante.

Em sua composição originária, é possível distinguir três vertentes principais: a primeira era constituída pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes); a segunda integrada pelos movimentos de Médico Residentes e de Renovação Médica; e a terceira vertente era composta por profissionais das áreas de docência e pesquisa, a academia (Escorel, 2008:407).

Este movimento que lutou pela reforma institucional do setor saúde tinha como concepção a determinação social da saúde. O conteúdo principal da proposta de reforma da política de saúde era a universalização e a responsabilidade pública, em oposição clara ao modelo segmentado e híbrido que caracterizava esta política, e estabeleceu um conjunto de idéias e propostas que conseguiu articular um conjunto diversificado de atores (Menicucci, 2007:175, 176).

Como já mencionado anteriormente, a criação de novos espaços institucionais no governo militar, inclusive a partir do II PND, facilitou a presença de lideranças do Movimento Sanitário que passam a: participar da alta burocracia, devido a ausência de quadros para a ocupação destes espaços. Ressalta-se que os membros do movimento possuíam pensamentos contrários aos dominantes no setor à época.

É nessa conjuntura, que o Movimento Sanitário passou a integrar os três espaços institucionais gerados para um planejamento estatal voltado a estimular políticas sociais: o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (CNRH/IPEA); a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (Ppreps/Opas). Essas três frentes institucionais articularam uma rede de sustentação de projetos e pessoas, constituindo as bases institucionais que estimularam o processo de articulação e crescimento do Movimento Sanitário (Escorel, 2008:402).

A ocupação de espaços institucionais pelos membros do Movimento Sanitário buscava o exercício e a operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde; dessa forma, os profissionais que pensavam criticamente o sistema tratavam estes espaços como uma arena onde seria possível travar uma luta surda, mas acirrada, para por em prática projetos que iam completamente na conta-mão dos interesses do regime autoritário. E, em certa medida, conseguiram que alguns desses projetos se tornassem modelos de serviços oferecidos pelo sistema de saúde. Alguns deles são:

- Plano de Localização de Unidade de Serviço (PLUS): pôs em prática uma metodologia de programação de serviços num momento em que programar não era uma prática institucional. Buscava também aplicar o princípio da universalização.

- Projeto Montes Claros (MOC): experiência que incorporou na sua prática os conceitos de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde e participação popular.
- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS): elaborado pela equipe do setor de saúde do IPEA, propunha a interiorização das ações de saúde através de programas de extensão segundo as propostas da Opas. Sua região de ação privilegiada foi o Nordeste e especialmente aquelas áreas que não interessavam às empresas de saúde. Suas principais diretrizes eram a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária na assistência à saúde.

No final dos anos 1970, as pressões sociais e políticas do setor de saúde resultaram na criação de mecanismos de coordenação interministerial com o objetivo de elaborar um projeto de grandes proporções para o reordenamento do setor. Neste contexto, os projetos dos anos 70 e as reformas dos anos 80 constituem experiências de organizações alternativas dos serviços de saúde, em que se experimentam algumas propostas, como descentralização da gestão; integração das ações preventivas e curativas; expansão da cobertura de uma perspectiva universalizante, ou seja, desvinculada da condição de segurado da Previdência; participação comunitária; ênfase na atenção primária; articulação das ações de diferentes instâncias públicas; e fortalecimento do setor público (Menicucci, 2007: 185).

Apesar do alcance reduzido e de não significar uma alteração no modelo da assistência prevacente, essas experiências e reformas mostraram um novo desenvolvimento institucional dos serviços de saúde, evidenciando a existência de uma articulação de atores em torno dessa mudança. Além disso, o conflito entre diferentes concepções de assistência à saúde foram explicitados podendo ser classificados de publicistas e privatista. A concepção publicista, tinha variantes internas, sendo, por um lado, assumida por parte da burocracia pública que via o fortalecimento do setor público de uma perspectiva apenas racionalizadora e, por outro, constituindo-se como uma visão com objetivos ideológicos e políticos mais amplos no sentido da *democratização da saúde* e de transformações mais globais, e se manifestava entre os técnicos integrantes do movimento sanitário. Nesse momento, a democratização da saúde se confundia com a sua publicização, na medida em que se contrapunha ao modelo privatista da assistência médica (Menicucci, 2007: 185).

Já o modelo privatista era defendido pelos portadores da concepção ou da ideologia privatista, característica dos principais dirigentes da instituição previdenciária que, por meio dos anéis burocráticos, defendiam os interesses empresarias do setor saúde. Tal embate

intraburocrático é bastante claro no período e se estende dos anos 70 até a Constituinte. Apesar do fortalecimento das propostas publicistas, a trajetória da assistência nesse período é marcada pela expansão da assistência médica privada, que, na década de 80 amplia sua cobertura e seu âmbito de ação, favorecida por vários dispositivos governamentais e pela própria crise da assistência pública. O embate envolvendo as propostas alternativas exemplifica as consequências das políticas anteriores sobre o processo político, que não só atribuíram poder aos prestadores privados, mas definiram suas preferências durante a trajetória da política que os fez, em parte, dependentes do setor público para sua expansão (Menicucci, 2007: 185). A expansão do sistema privado na década de 80 será objeto do capítulo 3.

No início da década de 1980 se intensificou um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modelo oficial caracterizavam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, universalização dos serviços, defesa do caráter público e descentralização. Ao mesmo tempo, acontecia o agravamento da crise da Previdência Social, onde “uma certa intervenção na área da assistência médica da Previdência era considerada *gastadora* e parcialmente responsável pelo *déficit*.”

Em 1984 surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que significaram avanços constantes no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com redes de serviços públicos municipais na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na gestão dos serviços. Porém, esses avanços não impediram retrocessos. A partir do mesmo ano, a direção do INAMPS passou a praticar uma política de favorecimento à iniciativa privada através do uso de expedientes fraudulentos no sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), aumentando os valores das tabelas de remuneração e claras alianças da tecnoburocracia com a rede hospitalar privada.

Com o advento da Nova república em 1985, lideranças do Movimento Sanitário assumem efetivamente posições em postos chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país e em 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional da Saúde¹⁶ onde são lançados os princípios da Reforma Sanitária.

Em 1987 é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a

¹⁶ A 8ª Conferência Nacional de Saúde é outro marco de suma importância para a construção do SUS. Foi realizada em 1986 com o tema *A saúde é direito de todos e dever do Estado*.

hierarquização e a participação comunitária. Sua implantação foi concomitante com a instalação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), que apesar de seu caráter institucional e ambíguo, foi capaz de elaborar uma proposta para o setor saúde que subsidiou a Constituinte, além de um projeto para a nova lei do Sistema Único de Saúde. Enfim, a área da saúde conseguiu chegar à Assembléia Nacional Constituinte com sua proposta discutida, legitimada e completa do ponto de vista do ideário do Movimento Sanitário.

A Constituição de 1988, consagra, por fim, a saúde como um direito universal e dever do Estado. Os princípios que irão reger o SUS são o de *universalidade, integralidade* e equidade. Um outro avanço do SUS é a garantia da participação popular nos processos decisórios de formulação e implementação da política de saúde através das Conferências e dos Conselhos nas três esferas de governo. Porém, a construção do SUS, de cunho universalista e baseado no modelo *welfariano* europeu, se deu num período no qual o setor privado já estava amplamente consolidado.

Ao traçarmos a trajetória da política de saúde brasileira, procuramos compreender em que medida a articulação entre os atores inclusive, o Estado, condicionou as *regras do jogo* na constituição da política de saúde. Essa reconstituição é fundamental para entender as continuidades e rupturas do Sistema Único de Saúde.

4. O SUS E O MERCADO DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS: DESMERCANTILIZAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO

O terceiro capítulo deste trabalho buscará compreender como o processo de estratificação e de desmercadorização traspassa a universalização do SUS a partir da existência de planos e seguros privados de saúde. Ou seja, apesar do SUS ser um sistema de saúde universal, o estabelecimento da rede privada ao longo da trajetória da política de saúde brasileira impediu que na prática fosse concretizado um sistema público, universal e gratuito.

É importante ressaltar que, de modo algum, este trabalho desconsidera os avanços obtidos pelo sistema público, pois é através do SUS que grande parcela de brasileiros tem acesso aos serviços de saúde, que vão desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade como, por exemplo, tratamento oncológico, hemodiálise e transplante. Em se tratando de serviços de alta complexidade, como veremos adiante, muitos deles são utilizados pelos possuidores de planos e seguros privados. Mas antes de entrarmos no debate, serão esclarecidos alguns conceitos relativos à saúde suplementar para facilitar o entendimento do leitor.

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE

Quanto à modalidade dos planos, esclarecemos que serão consideradas as de maior relevância no cenário brasileiro. São elas: autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradora especializada em saúde. Não serão consideradas na análise as modalidades administradora¹⁷, cooperativa odontológica¹⁸, filantropia¹⁹ e odontologia de grupo²⁰. E estas operadoras podem ser agrupadas em operadoras médico-hospitalares e operadoras exclusivamente odontológicas, sendo que esta última categoria não será abordada

¹⁷ Administradora: empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora. Não possuem beneficiários, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos (Caderno ANS, 2009:8).

¹⁸ Cooperativa odontológica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente planos odontológicos (Caderno ANS, 2009:8).

¹⁹ Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos órgãos dos Governos Estaduais e Municipais (Caderno ANS, 2009:8).

²⁰ Odontologia de grupo: demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos (Caderno ANS, 2009:9).

neste trabalho.

Autogestão são entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitados ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados (Caderno ANS, 2009:8).

Medicina de grupo são empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde (Caderno ANS, 2009:9).

Cooperativas médicas são sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971. De forma simplificada, cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil e não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas características de adesão voluntária com número ilimitado de associados; limitação do número de quota-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade, se assim for mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais; inacessibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade (Caderno ANS, 2009:8).

Seguradora especializada em saúde são sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades (Caderno ANS, 2009:9).

Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), a cobertura assistencial é o conjunto de direitos a tratamentos, serviços e procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos adquiridos pelos beneficiários a partir da contratação do plano. Os tipos de cobertura definidos pela Agência são:

- Ambulatorial: cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas; cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.
- Hospitalar: cobertura de internações hospitalares, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar; cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;

fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente para outro estabelecimento hospitalar; cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos.

- Obstetrícia: procedimentos relativos ao pré-natal e assistência ao parto; partos; cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.
- Odontológico: cobertura de consultas e exames clínicos, exames auxiliares ou complementares; cobertura de procedimentos preventivos, de dentística, endodontia e periodontia; cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.

Em termos de segmentação assistencial, que compreende o enquadramento dos planos decorrente das coberturas que ele oferece, a lei n. 9.656/98 determina a obrigatoriedade da oferta do Plano Referência²¹, sendo facultada a oferta das segmentações apresentadas a seguir:

- Ambulatorial
- Hospitalar com obstetrícia
- Hospitalar sem obstetrícia
- Odontológico
- Referência
- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial
- Ambulatorial + Odontológico

²¹ O Plano Referência foi instituído pela Lei 9.656/98 como padrão da assistência médico-hospitalar e que, obrigatoriamente, deve ser oferecido ao consumidor que deseja comprar um plano de saúde. Ele abrange o atendimento em consultórios e internação em padrão enfermagem, com direito a parto, a UTI e a todos os exames e tratamentos necessários para diagnosticar ou tratar o problema de saúde. Todas as doenças listadas pela OMS estão cobertas no Plano Referência, assim como todos os exames e tratamentos listados no Rol de Procedimentos publicado pela ANS. O consumidor que optar por outro tipo de plano deverá assinar uma declaração, em separado, dizendo que o Plano Referência lhe foi oferecido pela operadora.

- Hospitalar com obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico

Quanto à época de contratação, os planos podem ser novos e antigos. Os planos novos são aqueles cujos contratos foram celebrados na vigência da Lei nº 9.656/98, ou seja, a partir de 1º de janeiro de 1999. Eles estão totalmente sujeitos à nova legislação e devem ter registro na ANS para que possam ser comercializados. Planos antigos são aqueles cujos contratos foram celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656/98, valendo, portanto, o que está estabelecido em contrato. A Lei define que esses planos devem ser cadastrados na ANS para informar as condições gerais de operação estabelecidas em contrato.

E quanto ao tipo de contratação, os planos podem ser individual/familiar, caracterizado por contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (plano individual) ou do titular e seus dependentes (plano familiar); ou coletivo, contrato assinado entre uma pessoa jurídica e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde de empregados/funcionários, ativos/inativos, ou de sindicalizados/associados da pessoa jurídica contratante.

4.2 A ORIGEM DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Planos e seguros de saúde são contratos realizados individualmente entre indivíduos ou grupos derivados de contrato de trabalho que na forma de benefícios indiretos – seja sob prestação de serviços ou reembolso de despesas com entes privados – representam parte das relações estabelecidas no âmbito privado da assistência à saúde. De acordo com Bahia (2008), no caso da saúde não existe uma relação que se enquadra na definição de mercado, sendo este compreendida como relações entre livres e informados compradores e vendedores individuais de serviços. No caso específico da saúde, o mercado de serviços é singular pois são as instituições de ensino e as corporações profissionais que regulam e autorizam o trabalho de profissionais da saúde, ao lado de órgãos governamentais que normatizam as práticas assistenciais. Nessa dinâmica, produtos de saúde não podem ser vendidos ou comprados por qualquer cidadão, e o conceito de mercado ajusta-se melhor às relações diretas que se

estabelecem entre os consumidores e os prestadores de serviços (Bahia, 2008: 508, 509).

Em análise comparada da cobertura dos planos e seguros de saúde no Brasil com outros países, destacam-se algumas singularidades: 1) as demandas por planos e seguros de saúde não estão constituídas apenas pelos ricos, nem somente por pobres, ou por critério de idade como nos Estados Unidos (Medicaid e Medicare); 2) os planos e seguros não são alternativos ao sistema público como no Chile; 3) o sistema de saúde não mantém esquemas diferenciados e alternativos para os inseridos no mercado formal de trabalho, para “os pobres” e o restante da população como o colombiano; 4) as coberturas universais para diagnósticos e tratamentos de alto custo/alta complexidade propiciadas pelo sistema brasileiro diferem-se do sul-africano (Bahia, 2008: 517).

A origem da modalidade de assistência à saúde de caráter privado existe desde o final do século XIX por meio de organizações mutualistas de caráter voluntário responsáveis pela garantia de alguns auxílios e benefícios médicos que se expandiram durante a República Velha entre os estratos médios e os trabalhadores. Porém, apesar de alguns benefícios médicos serem datados desde o final do século XIX, é a partir da década de 1940 que se desenvolvem formas de prestação de serviços de saúde vinculados às empresas estatais, multinacionais e instituições públicas, em concomitância com o crescimento dos IAPs e de forma complementar aos serviços públicos²². Essas formas primárias de organização de serviços de saúde privados são originadas nas empresas através dos departamentos de recursos humanos, caixas e associações de funcionários, ou de sindicatos e neste momento a preocupação primordial era a saúde ocupacional e a medicina do trabalho em seus aspectos preventivos e assistenciais (Menicucci, 2007: 112).

O empresariamento da assistência privada à saúde esteve relacionado, em seu início, à demandas de entidades empresarias, principalmente da indústria paulista, que buscavam alternativas mais eficientes à Previdência Social. Somam-se a este contexto as expectativas quanto à inovação tecnológica ocorrida após a II Guerra Mundial, suas implicações na prática médica liberal e um intenso crescimento econômico do país (Bahia, 2008: 526).

Já no final da década de 50, o modelo industrial implantado motivava as empresas a assumirem a assistência à saúde de seus empregados, sendo esta tida como importante para a produtividade e o controle do absenteísmo, visto que a dificuldade de atendimento público ambulatorial causava atraso na solução dos problemas de saúde dos trabalhadores. As

²² Exemplos importantes desse plano de assistência privada no âmbito das empresas e estatais são a CASSI (Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil) e a Assistência Patronal (atualmente GEAP).

principais características da cobertura assistencial neste período eram o enfoque no trabalhador maior do que nos familiares e o foco no atendimento ambulatorial. Caracterizado como uma *medicina do trabalho*, estava voltado para a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, e promoção de melhor adequação do empregado ao processo de produção (Menicucci, 2007: 115).

Na década de 60, o convênio-empresa passou a ser estimulado pela política pública através da garantia de um subsídio governamental, consagrando uma assistência diferenciada no âmbito das empresas. Mediante um subsídio do governo, através do INPS, as empresas estabeleciam convênios com empresas especializadas em serviços de saúde chamadas de medicina de grupo, empresa médica ou grupos médicos, e estas passavam a arcar diretamente com a responsabilidade pela atenção médica aos seus empregados. Esse tipo de convênio foi classificado como convênio tripartite e era composto pela participação da Previdência Social / empresa empregadora / empresa de medicina de grupo (Menicucci, 2007: 85)²³.

A lógica desse tipo de arranjo é que a empresa médica, na perspectiva de uma lógica mercantil, busca a diminuição progressiva do custo dos tratamentos ou dos serviços prestados, evitando estimular o consumo de serviços médicos. Expressão dessa lógica era a prática das empresas de definirem critério para a celebração de convênios com base em estudos sobre a população coberta, buscando empregados com melhores condições de saúde, além de procurarem limitar o custo com consultas e internações por meio de medidas preventivas (Menicucci, 2007: 85).

Os incentivos financeiros propiciados pelo Estado às empresas, também serviram para que as empresas desenvolvessem seus próprios serviços ou planos de autogestão. Em alguns casos, os serviços de saúde foram contratados pela empresa proporcionando o desenvolvimento da medicina de grupo e posteriormente as cooperativas médicas. Somente mais tarde a contratação de seguros de saúde passou a ser uma opção das empresas em vez de permanecerem administrando seus planos, e a expansão da assistência empresarial assumiu diferentes formatos institucionais e propiciou a constituição de novos atores no mercado. Assim expandiu-se primeiro a medicina

²³ Os primeiros convênios tripartites – Previdência Social / empresa empregadora / empresa de medicina de grupo – surgiram no âmbito dos IAPs. O primeiro foi estabelecido em 1964 pelo IAPI com a Volkswagen, seguido de outros, como o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB) e o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes (IAPC). Entretanto, essa forma institucional de organização dos serviços de saúde em moldes empresariais só adquire dimensões significativas a partir de 1968, no âmbito do recém-criado INPS, que incorporou a prática de convênios após a unificação dos institutos, favorecendo a expansão da medicina de grupo (Menicucci, 2007: 85).

de grupo e depois as cooperativas médicas, estimuladas pelas políticas governamentais através da ampliação da cobertura e do incentivo à privatização por meio de convênios-empresa mediados pela Previdência Social (Menicucci, 2007:116).

Os planos de autogestão surgiram nas décadas de 40 e 50 e caracterizam-se por empresas com planos próprios que constituem suas redes assistenciais por meio do credenciamento de prestadores de serviços. Seu modelo remonta a alternativas tradicionais de proteção social ao trabalhador realizada através da assistência direta da empresa. As empresas com planos próprios podem ser classificadas em duas modalidades de diferente natureza jurídico-institucional: as entidades paralelas, composta por caixas de assistência, entidades de previdência fechada, sindicatos e associações; e aquelas cujos planos são gerenciados pelos departamentos de benefícios ou recursos humanos das empresas patrocinadoras. Esta forma de gestão se diferencia das demais pois é a única que preserva a característica não comercial (Bahia, 2008:532).

Em geral as coberturas de planos de autogestão são bastante amplas e sem limitação de patologias ou em razão de idade; estes planos tendem a ser iguais para todos os níveis hierárquicos da empresa, ocorrendo diferenciações em poucos casos, e cobrem o maior número de membros da família do empregado. Já nas empresas que optam pela contratação de operadoras comerciais para prestação de assistência médica, costuma ocorrer segmentação da cobertura por nível hierárquico, ou seja, em razão da posição ocupada na hierarquia da empresa. Embora a legislação regulamentadora no final dos anos 90 tenha coibido limitações quanto à cobertura, levando a certa uniformização dos procedimentos básicos, permaneceram diferenciações quanto aos padrões de conforto, opção de prestadores e cobertura de procedimentos não-obrigatórios de acordo com a legislação (Menicucci, 2007: 142).

A medicina de grupo, composta por pequenos grupos de empreendedores médicos, se iniciou na década de 50 quando se constituiu o primeiro grupo e seu crescimento ocorreu na década de 60, juntamente com o avanço da industrialização no ABC Paulista, em especial com o desenvolvimento das montadoras de automóveis. Sua expansão aconteceu em meio a articulação entre grupos de médicos com hospitais privados e filantrópicos que ofereciam serviços mediante pré-pagamento Bahia (*apud* Menicucci, 2007:117).

Esta modalidade de assistência, correspondeu à demanda crescente por serviços de saúde e serviu como alternativa, de um lado, à precariedade dos serviços públicos e de outro, ao alto custo da medicina liberal em razão do desenvolvimento tecnológico. Ressalta-se que embora o surgimento da medicina de grupo tenha ocorrido independente e anterior à criação dos convênios-empresa, é este subsegmento do complexo previdenciário que irá proporcionar

a consolidação deste modelo de assistência.

De acordo com Bahia (2008:529), o que se iniciou como um empreendimento capitalista restrito a poucos médicos, se modificou ao longo dos anos, principalmente a partir da década de 80, pois passaram a contar com diversas empresas específicas para cada área de atuação que vão desde a área de benefícios até a área de ensino. As medicinas de grupo de maior porte implantaram empresas relacionadas à distribuição e comercialização de equipamentos médicos e medicamentos, construção, aquisição e reforma de unidades hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais, transporte aéreo, terrestre e cuidados domiciliares; enquanto as de menor porte estão destinadas ao atendimento de demandas individualizadas de segmentos de baixo poder aquisitivo, comercializando produtos com menor preço, e ofertando planos mais baratos dirigidos a clientes individuais e ofertados por hospitais particulares geralmente filantrópicos.

As estimativas da modalidade medicina de grupo confirmam a afirmação de que a expansão da medicina de grupo foi alicerçada na assistência prestada aos seus empregados. O crescimento da clientela se deu a partir dos contratos com empresas empregadoras, situação que permanece ainda hoje. A expansão desse segmento mostra seu crescimento empresarial indicando sua grande competitividade. Segundo Menicucci (2007: 136), é possível inferir que o crescimento das empresas que contratam esta modalidade de operadora sem a ampliação de usuários na mesma proporção confirma a expansão de planos empresariais para além das grandes empresas, o que marcara seu surgimento e indica a redução ou pequena ampliação dos postos de trabalho nas empresas em geral, característica da década de 90.

Já as cooperativas médicas surgiram nos anos 60 e em oposição à medicina de grupo, que sempre foi tida pela categoria médica como um mecanismo de rebaixamento do trabalho médico e privatização da medicina. Assim, as cooperativas resultaram de um movimento de grupos médicos, liderado pela Associação Médica Brasileira e alguns sindicatos médicos, como estratégia de preservação da categoria ao que era considerado uma subordinação à lógica lucrativa das empresas de medicina de grupo. De forma cooperativada, se propôs realizar diretamente a assistência médica aos trabalhadores. Através do PPA²⁴ em 1974, a Previdência passou a incorporar a livre escolha e incorporou as cooperativas à assistência pública. A expansão inicial das cooperativas aconteceu através da captação de clientes individuais residentes em todo o país, tendo até a década de 80, um número reduzido de convênios-empresas em relação à medicina de grupo (Menicucci, 2007:118).

Além da compra de serviços privados, o recurso aos convênios-empresas legitimaram

²⁴ Os impactos do PPA na política de saúde já foram desenvolvidos no capítulo anterior.

a expansão de responsabilização das empresas pela assistência à saúde de seus empregados. A terceirização da assistência via convênios das empresas empregadoras com empresas médicas, ou as chamadas medicina de grupo, levou ao surgimento das cooperativas médicas. Estas novas instituições de saúde vão se desenvolver estimuladas pelos incentivos governamentais e posteriormente se tornarão autônomas em relação ao setor público (Menicucci, 2007: 99).

A medicina de grupo vai ser favorecida pelos convênios bilaterais com as empresas sem a mediação do INPS ou do INAMPS, o que a levará ao seu desenvolvimento autônomo. Já as cooperativas médicas surgiram em oposição à medicina de grupo, através do movimento de médicos contra as condições de trabalho impostas pela medicina de grupo e no intuito de garantir sua autonomia profissional. A expansão destes dois segmentos estimulará os prestadores privados a se voltarem para o atendimento desta demanda deixando de se subordinar exclusivamente ao setor público mas à lógica do setor privado em expansão (Menicucci, 2007: 99).

Tendo surgido posteriormente à medicina de grupo, as cooperativas médicas tiveram sua expansão no final da década de 80, sendo que nos anos 90 sua expansão foi relativamente superior à da medicina de grupo. A tendência de ampliação de pequenas cooperativas é similar a expansão de pequenas empresas de medicina de grupo mais dispersas territorialmente, mostrando a expansão de novos mercados para a assistência supletiva nos anos 90. Como as cooperativas se organizam em nível municipal, elas estão presentes em cerca de 75% dos municípios brasileiros (Menicucci, 2007:138).

As seguradoras constituem a quarta modalidade empresarial de assistência à saúde, que apesar de estarem previstas em lei desde 1966, só começam a ser comercializados a partir dos anos 70 e seu crescimento acontecerá apenas na década de 90. Seguradoras são empresas lucrativas, nacionais ou internacionais, constituídas a partir de capital nacional e/ou estrangeiro, vinculadas ou não a bancos. No ramo Seguro Saúde, a legislação estabelece limite financeiro de acordo com o valor da apólice adquirida, franquias e livre escolha dos profissionais e serviços de saúde pelo segurado com pagamento direto ao prestador de serviço, além de ter baixa aceitação e ser pouco comercializado no mercado brasileiro. Sem nenhuma ligação direta com o seguro, foi criado um ramo específico denominado de Seguro de Assistência Médica e/ou Hospitalar semelhante aos planos de saúde com a previsão de contrato com limite financeiro anual e/ou com base em tabela de valores por evento, instituindo o reembolso de despesas (Menicucci, 2007: 119).

Em 1998, do total de 137 seguradoras atuando no Brasil, quarenta atuavam no ramo da saúde, sendo que no início da década de 2000 contavam 41 seguradoras. Apesar de sua

atuação recente, sua cobertura atingia 19,4% da assistência privada, um pouco mais da metade da cobertura da medicina de grupo, pioneira no mercado de planos e seguros. De acordo com Menicucci (2007: 141), sua expansão recente tem ocorrido a partir da competição de planos coletivos, após a constatação da limitação do mercado brasileiro de planos individuais, em razão do baixo poder aquisitivo da maioria da população e dos altos preços praticados pelas seguradoras. Na captação de clientela empresarial, muitas vezes as seguradoras utilizam a situação favorável de estarem ligadas a bancos, vinculando a concessão de empréstimos à aquisição de seguro-saúde.

A tabela abaixo ilustra o crescimento dos planos e seguros de acordo com a modalidade.

Tabela 2 - Estimativas da evolução da clientela da assistência privada, segundo a modalidade. Brasil, 1976-2000

Ano	Planos próprios de empresas		Medicina de Grupo		Cooperativas Médicas		Seguradoras	
	Clientes	Aumento	Clientes	Aumento	Clientes	Aumento	Clientes	Aumento
1976	...	...	5.537.799	Ano-base	...	...	...	...
1977	...	...	5.978.371	7,96%	...	...	...	...
			7.000.000					
1981	...	...	8.500.000	42,18%	...	...	...	...
1982	...	...	...	...	...	...	697.193	Ano-base
1987	4.800.000	Ano-base	13.000.000	52,94%	3.439.855	Ano-base	800.000	14,75%
	5.100.000		15.000.000		3.500.000			
1989	7.500.000	56,25%	15.000.000	15,38%	7.300.000	0,00%	940.000	17,50%
	7.900.000							
	7.900.000							
1990	...	...	...	...	8.500.000	16,44%	...	...
1991	5.770.000	-26,96%	13.500.000	-10,00%	8.000.000	-5,88%	...	...
1992	6.500.000	12,65%	15.000.000	11,11%	7.000.000	-12,50%	...	...
					8.000.000			
1993	6.900.000	6,15%	16.000.000	6,67%	8.500.000	21,43%	...	...
1994	...	...	16.000.000	0,00%	...	...	5.000.000	431,91%
1995	8.000.000	15,94%	16.800.000	5,00%	6.254.172	-26,42%	5.000.000	0,00%
	10.000.000				9.000.000			
1996	...	...	17.300.000	2,98%	...	...	...	...
1997	8.000.000	0,00%	17.800.000	2,89%	...	...	5.000.000	0,00%
1998	...	...	18.300.000	2,81%	10.671.000	70,62%	5.000.000	0,00%
1999	...	...	18.000.000	-1,64%	11.000.000	3,08%	6.000.000	20,00%
2000	11.700.000	46,25%	18.400.000	2,22%	...	...	...	...

Fonte: Menicucci (2007: 134).

Nota: de acordo com a fonte, há inconsistências nos dados. Nestes casos, um segundo valor foi colocado em negrito; o crescimento percentual foi calculado sobre o valor menor.

Sinal (...): dado não disponível.

Destaca-se que embora as empresas de medicina de grupo e as cooperativas médicas tenham sido motivadas por orientações antagônicas, elas começaram a assemelhar-se em suas práticas comerciais e assistenciais à medida que passaram a disputar a clientela das grandes indústrias paulistas, antes cativas da medicina de grupo. A distinção inicial de ambas era que, enquanto a medicina de grupo estava focada em clínicas e hospitais, o foco das cooperativas eram os consultórios médicos. Porém os convênios com a Previdência Social obrigaram-nas a proporcionarem coberturas médico-hospitalares padronizadas. As empresas de autogestão, apesar de imunes aos efeitos da competição também foram submetidas às mudanças (Bahia, 2008:530). Assim

Em virtude da homogeneização das formas de intermediação do fluxo financeiro de recursos, realizadas pela medicina de grupo, cooperativas e ainda que parcialmente pelas autogestões, os planos de saúde privados, embora comercializados ou ofertados por modalidades empresariais distintas, tornaram-se praticamente indiferenciados. A organização de um fundo coletivo e a precificação dos contratos em um mercado fortemente dependente do credenciamento de prestadores de serviços tenderam à padronização dos valores de remuneração das atividades médico-hospitalares (Bahia, 2008:532).

A uniformização das bases operacionais induziram as empresas de planos privados - comerciais e não comerciais - independente da modalidade, a adequarem seus planos aos níveis hierárquicos de *status* socioeconômico das demandas e estes foram segmentados a prestadores de serviços considerados de primeira, segunda ou terceira linha.

Independente da modalidade de assistência privada, diversas foram as consequências da política de convênios tripartites para a conformação institucional da assistência à saúde e consolidação da assistência prestada pelas empresas aos seus empregados:

- crescimento da assistência médica sob o controle das empresas com parte do custo assumido pela Previdência fortalecendo uma prática médica voltada para ações que priorizavam a produtividade;
- responsabilização da Previdência por atividades médicas mais raras, complexas e de longa duração aos empregados cobertos pelo convênio, pois de acordo com as normas aprovadas em 1969 os convênios estavam desobrigados de oferecer assistência na área

de reabilitação, atendimentos médicos de alto custo, tratamento de tuberculose, doenças mentais e cirurgias em geral;

- o incentivo financeiro vai reforçar a prática das empresas assumirem a assistência de seus empregados, favorecendo o expansão da assistência empresarial que posteriormente será o pilar da assistência suplementar (Menicucci: 2007:85-86).

Diante deste quadro, constatamos que a ampliação da cobertura previdenciária e a assistência médica favoreceram a seletividade, subsidiando práticas empresarias restritas às grandes empresas, contrariando a uniformização pretendida com a unificação do IAPs, na contramão da universalização do sistema, além de introduzir várias formas de desigualdades entre os diferentes estratos de trabalhadores. E esta estratificação dos trabalhadores irá se manifestar de diversas formas.

- Os convênios sendo realizados em sua maioria com empresas de grande porte, favoreciam os trabalhadores com mão-de-obra mais especializada e salários superiores;
- a concentração dos grupo médicos em regiões mais industrializadas e urbanizadas, onde se encontravam as maiores empresas;
- os convênios com o INPS ao exigirem cobertura de todos os empregados e ofertarem baixo subsídio, favoreceram com que empresas de pequeno e médio porte preferissem o convênio direto com as empresas médicas sem a intermediação do INPS. Este mecanismo proporcionou cobertura a apenas uma parcela de trabalhadores, em geral os de maior qualificação; Giffoni (*apud* Menicucci, 2007:87) vai classificar esta distinção como não mais de categorias profissionais, mais entre qualificações profissionais.

A criação do INPS ocasionou o nivelamento dos benefícios e o crescimento substantivo da demanda, repercutindo na qualidade do serviço prestado e representou justificativa para a assistência empresarial nas grandes empresas públicas e privadas.

Isso significa que ao movimento de ampliação de cobertura em direção à universalização que representou a reforma previdenciária contrapunha-se outras medidas públicas que recriavam a diferenciação entre os trabalhadores em relação à assistência, desta vez não mais por categoria profissional, como era característica dos IAPs, mas pela forma de inserção no mercado de trabalho (Menicucci, 2007:115).

4.3 ASSISTÊNCIA SUPLETIVA A PARTIR DOS ANOS 80

Como exposto no capítulo anterior, na década de 80 é possível observar mudanças no intuito de valorização do setor público. Porém estas mudanças serão concomitantes com a expansão da assistência médica privada principalmente por meio do aumento dos planos de saúde que deixam de prescindir dos subsídios governamentais, sendo portanto legitimados pelos empresários, governo e consumidores.

A partir dos anos 80, novas motivações se agregaram às anteriores estimulando o crescimento do mercado dos planos e seguros privados de saúde. Na perspectiva das empresas, a evolução das teorias administrativas e as novas concepções relativas ao papel social da empresa passaram a considerar a assistência integral à saúde como sua responsabilidade, e rompendo com a focalização anterior centrada na medicina do trabalho e ocupacional, passaram a proporcionar integração da família nestes planos, fazendo com que os gastos em saúde assumissem a conotação de investimento (Menicucci, 2007: 120).

Condicionantes vinculados ao formato do incentivo público também foram fundamentais para a consolidação da assistência suplementar à saúde. O início da década de 80 foi marcado pela crise da Previdência levando a uma degradação da qualidade dos serviços prestados em consequência da redução dos valores pagos ao serviço privado prestador de serviços. A redução dos valores de remuneração ao setor privado minou o mecanismo de financiamento público composto pelos convênios tripartite e impulsionou as empresas empregadoras e funcionários a custearem diretamente a assistência à saúde, acarretando a institucionalização deste tipo de atividade empresarial. Esta modalidade de financiamento público foi substituída por outros instrumentos legais que passaram a funcionar como incentivo estatal indireto e estimularam as empresas a manterem planos de saúde para seus empregados (Menicucci, 2007: 121).

O primeiro instrumento foi a permissão legal para as empresas repassarem os gastos aos preços dos produtos, computando as despesas com assistência médica como custos operacionais sendo, assim, objeto de dedução de renda bruta para efeito de tributação de Imposto de Renda. Esta atitude demonstra claramente a intenção governamental de incentivar as empresas a assumirem a assistência de seus empregados uma vez que a renúncia de arrecadação é uma medida que tem como objetivo estimular alguma atividade.

Além de funcionar como incentivos financeiros, a política fiscal indica a valorização por parte do Poder Público da assistência empresarial ao trabalhador, vista como uma política de cunho social, de tal forma que mesmo que esses incentivos não tenham grande expressão financeira indicam uma opção valorativa do Poder Público, acatada pela empresa e corroborada pelos trabalhadores. Nesse sentido, pode-se falar da constituição de uma *cultura* de assistência médico-hospitalar de cunho privado e empresarial para os trabalhadores em detrimento de uma cultura publicista (Menicucci, 2007: 122).

O segundo instrumento utilizado para favorecer o desenvolvimento da assistência médica com parte dos recursos assumidos pela Previdência foi a possibilidade dos usuários de complementar a assistência oferecida pelo setor público. Devido à deterioração da remuneração paga aos prestadores privados, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Médica Brasileira (AMB) passaram a pressionar o governo que, ao invés de aumentar a remuneração, permitiu aos usuários o pagamento de parte do valor dos atendimentos a partir da complementação financeira àqueles que optassem por acomodações especiais e relação às permitidas pela Previdência. Dessa forma foi incentivada a ampliação dos planos empresariais uma vez que foi permitida a complementação de serviços realizada diretamente pelo segurado ou pela assistência empresarial. Essa medida compensou a deterioração dos valores pagos pela Previdência aos hospitais contratados através da transferência do custo para os usuários, e incentivou a ampliação de planos empresariais sendo que a complementação poderia ser realizada diretamente pelos segurados ou pelo sistema de assistência médica da empresa. Para a população excluída desse arranjo, a grande massa de segurados, a qualidade do atendimento público deteriorou-se devido à redução dos custos adotados pelos prestadores para se adaptarem aos preços pagos pelo setor público (Menicucci, 2007: 123).

Um terceiro mecanismo refere-se à adoção do governo das tabelas de honorários dos prestadores como referencial devido às pressões das entidades representativas. Esta decisão acarretou na elevação dos custos de complementação, impelindo as empresas a se adaptarem às novas condições. Como alternativa elas passaram a dificultar as internações através dos serviços estatais e optaram por contratos diretos com os prestadores de serviços na tabela pública e posteriormente em negociações de tabelas próprias com os prestadores (Carneiro *apud* Menicucci, 2007: 124). A consequência das medidas adotadas pelo Estado ocasionou na substituição da assistência complementar pela assistência suplementar e a assistência privada passou a se mover pela lógica de um mercado auto-regulado devido a ausência de regulação governamental. Em concessão às pressões da categoria médica, o agente regulador de preços

deixa de ser o governo e passa a ser a AMB, cuja tabela se torna a referência tanto para os sistemas público e privado (Menicucci, 2007: 125).

Segundo Bahia (2008: 527-529), a interação entre a intervenção estatal, o segmento de comercialização de planos e seguros privados e os prestadores de serviços provocou continuidades e rupturas que incidem em três dimensões no mercado atual de planos e seguros de saúde. A primeira dimensão refere-se ao financiamento que, apesar de mudanças, continua objeto de política governamental cujas principais alterações são a substituição do subsídio direto de recursos previdenciários para as deduções e isenções fiscais, elevação dos preços das mensalidades e a adoção de co-pagamentos. A segunda dimensão refere-se às alterações e permanências na composição e demandas por planos e seguros privados. Até meados dos anos 80, o mercado de planos e seguros privados estava, quase que exclusivamente, conformado por planos empresariais destinados a trabalhadores industriais especializados. Porém, nos últimos anos desta mesma década, a demanda por planos e seguros ampliaram-se substancialmente, atingindo atualmente a população de renda mais alta, abrangendo os inseridos no mercado formal de trabalho - público e privado - e trabalhadores autônomos com rendimentos mais elevados. Além disso muitas empresas passaram a comercializar planos individuais e coletivos com padrões de cobertura diversificados, assegurando atendimento em nível nacional ou até internacional. E a terceira dimensão diz respeito às características da oferta, assinalada no final dos anos 80 com a entrada de grandes seguradoras e o ingresso de várias de suas empresas em atividades empresarias diversificadas integradas ao setor financeiro no mercado de planos e seguros de saúde.

O crescimento da assistência supletiva não foi incentivado apenas pela ação governamental, influíram também as ações executadas pelas entidades representativas dos prestadores de serviços. Enquanto a FBH buscava ampliar os atendimentos através do sistema privado, além de travar uma disputa constante na tentativa de aumentar o valor dos serviços; a AMB buscou assumir o papel de regulador dos preços, resistir a qualquer tentativa de controle orçamentário e defendeu a livre escolha de profissionais pelos pacientes (Menicucci, 2007: 125).

E é diante da expansão dos planos privados de saúde e do aumento do escopo de serviços públicos através de medidas como as AIS e o SUDS entre outras, mencionadas no capítulo anterior, que será instituído o Sistema Único de Saúde.

4.4 O SUS²⁵ E A ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE

A Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo na Lei nº 8.080 de 1990 como *o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.*

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde.

Os principais princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde são: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e a integralidade da assistência, com participação da comunidade e descentralização político-administrativa, além da hierarquização e regionalização. A Lei nº 8.080/90 define a participação da iniciativa privada quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, sendo a participação de caráter complementar. Em síntese, são estes os principais princípios e diretrizes do SUS:

Quadro 2 – Princípios e diretrizes do SUS

Princípios e diretrizes do SUS	Direito dos cidadãos	Deveres do Estado
Universalidade no acesso e igualdade na assistência	* Igualdade de todos no acesso às ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde.	* Garantia de ações e serviços necessários a toda a população, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, independente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e do custo do atendimento.
Integralidade na assistência	* Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzem o risco de doenças e agravos e proporcionam o cuidado à saúde.	* Garantia de condições de atendimento adequadas ao indivíduo e à coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a integração das ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. * Articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na

²⁵ Neste momento iremos apenas destacar o marco institucional-legal que foi a criação do SUS. Adiante apresentaremos dados referentes aos serviços por ele realizados em comparação aos planos e seguros privados de saúde.

		saúde e na qualidade de vida das pessoas.
Participação da comunidade	* Participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde nos diferentes níveis de governo.	* Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde. * Transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.
Descentralização, regionalização, hierarquização de ações e serviços de saúde	* Acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximo à sua residência ou ao seu trabalho, condizentes com as necessidades de saúde. * Atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde.	* Garantia de um conjunto de ações que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de respostas aos problemas apresentados organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros. * Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços, de distintas naturezas, complexidades e custos, situados em diferentes territórios político-administrativos.

Fonte: Noronha *et al*, 2008:435.

De acordo com Arretche (2005:294), a Carta de 88 e as Leis Orgânicas da Saúde²⁶ conformaram duas características importantes do sistema público. Em primeiro lugar foi constituída uma grande coalizão de sustentação onde todos saíram ganhando: os provedores privados, que conservaram seu papel na provisão de recursos especializados sem garantir exclusividade do SUS²⁷; os médicos, que mantiveram a possibilidade de prestar simultaneamente serviços privados e exercer liberalmente a medicina; os prefeitos e governadores, que puderam agradar ao eleitorado com o aumento da provisão de serviços gratuitos, e os cidadãos, pela promessa de que receberiam a integralidade dos serviços de modo universal e gratuito.

A segunda característica se refere à estrutura institucional do SUS. O governo federal ficou encarregado das funções de financiamento e coordenação intragovernamental; os governos estaduais com a função de dar suporte aos governos municipais, e estes se responsabilizaram pela gestão de programas locais. Esta estrutura que concentra autoridade no governo federal em termos de financiamento e coordenação do sistema mantém os governos locais fortemente dependentes de regras e financiamento da União para implementação de suas políticas.

Antes mesmo que o SUS fosse implantado, em maio de 1993, as entidades ABH, ASASPE/ABRASPE, FBH, FENASE, ABRAMGE, CTN, FENAESS e SINANGE

²⁶ As Leis Orgânicas da Saúde são: a Lei n. 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a Lei n. 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

²⁷ Arretche (2005) também ressalta que nas Leis Orgânicas o controle privado permaneceu vagamente definido, assim como as associações médico-lucrativas passaram a ter assento no Conselho Nacional de Saúde.

anunciaram a publicação de um anteprojeto de lei destinado a instituir o Plano Básico de Assistência Médica para a população brasileira²⁸. Essas entidades, segundo mensagem enviada ao Presidente da República, estavam imbuídas do interesse de colaborar com o Governo na solução dos graves problemas de assistência à saúde dos trabalhadores, realizando o casamento entre o Estado e a iniciativa privada na complementação do SUS. Segundo a mensagem

o problema de saúde dos brasileiros só se resolverá mediante uma séria aliança responsável e participativa, dos governantes, parlamentares, trabalhadores, empregadores e certamente, das empresas e profissionais privados que estão integrados no processo (Santos, L. 1993:21).

De acordo com Santos, L. (1993:22), esse projeto confundia propositadamente a liberdade da iniciativa privada com o sustentação do setor privado com recursos públicos, com mercado cativo e clientela privilegiada. Entre as proposições do documento estavam: o abatimento do Imposto de Renda devido pelas empresas relativo a supostos gastos com a saúde de seus empregados, sendo que estes gastos já foram pagos por contribuições sociais não recolhidas pelas empresas; inversão da supremacia do Poder Público ao obrigar o INSS a aceitar a opção da empresa pelo novo sistema, sem oferecer nenhum direito de opção ao empregado; financiamento dos planos de saúde da medicina de grupo ao permitir que pessoa física possa deixar de pagar sua contribuição social quando tiver um contrato de seguro saúde; transformação do direito à saúde no abolido sistema de contraprestação, seguro social obrigatório, além da compreensão de que a assistência farmacêutica só faz parte do direito à assistência à saúde quando se tratar de acidente de trabalho. O projeto de lei previa que 22% das contribuições sociais, devidas à seguridade social e destinadas ao financiamento da saúde, da previdência e assistência social, fossem garantidos para as empresas financiarem serviços de saúde de seus empregados (Santos, L. 1993:22).

Segundo Menicucci (2007), é também durante a década de 90, no contexto de dificuldades de implementação dos SUS, que a assistência privada passou a ser objeto de debates e conformou uma demanda pela regulação governamental do setor supletivo que levou à introdução da questão na agenda pública. O debate público que precedeu a discussão no âmbito do Legislativo foi caracterizado por duas perspectivas distintas, objetivadas por atores e idéias diferenciadas. De um lado estava a perspectiva econômica, representada pelo

²⁸ Vale destacar que excluído o texto produzido por Lenir Santos *Comentário ao Anteprojeto de Lei que Institui o Plano Básico de Assistência Médica, Elaborado pelas Entidades Privadas*, não há registro na literatura sobre o projeto.

Ministério da Fazenda, para quem os planos e seguros de saúde eram vistos como uma atividade econômica e um mercado que deveria ser aperfeiçoado para o desenvolvimento das empresas. Este setor defendia a abertura para o capital estrangeiro e a definição de regras para a constituição de reservas e a demonstração de solvência para a permanência de empresas no mercado. Essa perspectiva foi endossada pelos segmentos da medicina de grupo, cooperativas médicas e sistemas de autogestão. Do outro lado, havia a perspectiva assistencial, na qual a defesa da regulamentação entrava na agenda pública do ângulo do consumidor, que gradativamente se utilizava do seu órgão de defesa contra as restrições de cobertura e aumento de preços dos planos. Além de denúncias dos beneficiários contra a negação de atendimento e aumento abusivo de preços, problemas estes que demandaram a intervenção do judiciário, somaram-se o apoio das entidades médicas que se posicionaram contra o controle de prescrição e da solicitação de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico com o intuito de diminuir custos, pois a categoria médica considerava este procedimento como uma forma de cercear a autonomia profissional em prejuízo da qualidade da assistência. Os prestadores de serviço também se uniram aos consumidores e profissionais médicos pois defendiam a ampliação da cobertura hospitalar (Menicucci, 2007: 247-248). Esta pressão por regulamentação do setor privado também contou com o apoio de gestores do sistema público, mas ressalta-se que estes tiveram uma participação de menor impacto. Os gestores passaram a propor o ressarcimento de atendimentos realizados pelo setor público a portadores de planos e seguros de saúde. Essa demanda surgiu a partir da constatação de dupla cobrança e das transferências para o SUS de beneficiários de planos e seguros de saúde no caso de pacientes cuja cobertura do plano era insuficiente para cobrir determinados procedimentos ou estes possuíam altos valores (Menicucci, 2007: 250).

Apoiadores do sistema público universal no Congresso chamavam a atenção para a situação que denominavam “parasitismo do setor privado no SUS”, sendo estas diversas interconexões perversas entre os dois sistemas:

seletividade do atendimento ancorada na contrapartida de atendimento público universal para aqueles procedimentos não cobertos pelo sistema privado, dada a sua pouca lucratividade; a utilização privilegiada do setor público pelo usuário de planos privados, em razão das conexões entre os profissionais médicos nos dois sistemas e outras formas de acesso privilegiado ao setor público; e a privatização do setor público, por meio do atendimento de pacientes oriundos de planos privados mediante pagamento via convênios em estabelecimentos públicos, particularmente os hospitais universitários, como forma de arrecadar recursos financeiros. Entretanto, a tônica principal do debate parlamentar ao interpretar a relação entre os dois

sistemas estava na justificativa da expansão do setor privado como uma consequência da falência do sistema público e, ainda, na sua valorização positiva por aliviar o SUS de uma demanda que ele não conseguiria atender (Menicucci, 2007: 253).

Este conflito vai se resolver com a promulgação da Lei n.9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) em dezembro de 1999. Segundo Bahia (2008:538) em síntese, a Lei n.9.656/80 apresenta as seguintes disposições normativas: proibição da negação de cobertura em razão do *status* de saúde, apesar de ser permitida a vinculação de preços em razão da faixa etária; manutenção de coberturas para aposentados e desempregados, por tempo determinado, para os participantes de planos empresariais; em caso de lesões preexistentes, é vedada a exclusão de cobertura após 24 meses de carência; cobertura de todas as doenças incluídas no Código Internacional de Doenças (CID-10); proibição de negação de cobertura em razão da quantidade e do valor máximo de procedimentos, internação, etc. e ressarcimento pelos serviços prestados a clientes de planos de saúde realizados pelo SUS.

A aprovação da Lei n.9.656/98 consolidou um patamar mais civilizado para intermediar as relações entre clientes e empresas de planos de saúde. Entretanto, a persistência de tensões derivadas dos índices de aumento de preços e restrições de cobertura revela a fragilidade das normas legais perante a necessidade de equilibrar a sustentabilidade dos contratos vis-à-vis às expectativas e necessidades de saúde dos clientes (Bahia, 2008:540).

Já a Agência Nacional de Saúde, seguindo o modelo prescritivo de uma agência reguladora, é uma autarquia de regime especial, dotada de autonomia administrativa, financeira, técnica, patrimonial e de gestão de recursos humanos. Embora a forma mais típica do modelo de agência reguladora seja a regulação de atividades antes de responsabilização pública e que foram privatizadas ou tiveram o monopólio estatal flexibilizado, a criação da ANS teve a intenção de constituir mecanismos estatais de fiscalização e controle de preços, corrigir “as falhas do mercado” e os problemas nas condições contratuais, além de preservar a competitividade do mercado, contribuindo para a sustentabilidade das empresas e gerando incentivos que beneficiassem os consumidores (Menicucci, 2007: 271).

Da perspectiva econômico-financeiro a legislação estabeleceu as condições de funcionamento e operação das empresas de planos de saúde, além de passarem a estar sujeitas a fiscalização, multas, direção fiscal, liquidação extrajudicial, etc. E da perspectiva assistencial foram estabelecidas regras rígidas de proteção ao consumidor, sendo a principal inovação a proibição da quantidade de produtos oferecidos, estabelecendo um Plano de

Referência obrigatório e a negando a comercialização de planos com coberturas menores²⁹. Quanto à relação com o sistema público, a legislação definiu a obrigatoriedade de ressarcimento de despesas no caso de utilização da rede pública pelos usuários de planos de saúde, como forma de desestimular a prática das empresas de planos e seguros privados de limitarem coberturas (Meniccuci, 2007; Bahia, 2001; Bahia, 2008).

Em cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) “Seu plano de saúde: conheça os abusos e armadilhas” (Brasil, 2007), eles esclarecem que até a promulgação da Lei n.9.656, o mercado de planos e seguros de saúde esteve isento de qualquer forma de controle, garantiam seus altos lucros às custas de limitar o número de internações, negativas de coberturas, cancelamento de contratos sem justificativa ao consumidor, além de longos períodos de carência e aumento indiscriminado de mensalidades. Esta conjuntura proporcionou que os possuidores de planos e seguros de saúde se utilizassem do Código de Defesa do Consumidor para impedir os abusos praticados seja por meio do judiciário, ou dos Procons e associações de consumidores. Esta idéia de consumidor de serviços de saúde privados, esvazia o conceito de cidadania caracterizado, entre outras coisas, pela concepção do direito à saúde como um direito social.

Apesar da Lei 9.656/98 ter trazido inovações positivas, elas foram insuficientes na definição de padrões mínimos de cobertura; para o estabelecimento de critérios para a entrada, funcionamento e saída de empresas no setor; para a transferência da responsabilidade pela regulação e fiscalização das operadoras para a área governamental da saúde, tanto em relação aos aspectos assistenciais como àqueles ligados à atividade econômica. Ao longo dos anos a regulamentação mostrou-se fragmentada, complexa, incompleta, omissa e restritiva em diversos aspectos, prevalecendo o desequilíbrio e os conflitos permanentes entre operadoras, prestadores de serviços e usuários de planos de saúde³⁰.

Com relação à ANS, ela também é acusada de não cumprir todas as suas atribuições, dentre elas, a vigilância sobre os contratos antigos e contratos coletivos, sendo os últimos os que apresentam maiores irregularidades; fraco poder fiscalizatório; não viabilizar o ressarcimento do SUS quando os beneficiários de planos são atendidos em hospitais públicos, etc. (Brasil, 2007).

Diante deste panorama, apresentaremos uma breve descrição da extensão da Saúde

²⁹ A partir de então foi proibida a exclusão de cobertura a qualquer doença e de limitação quantitativa de procedimentos em qualquer tipo de plano de saúde, além de garantir cobertura a doenças e lesões pré-existentes à contratação dos planos.

³⁰ Uma análise detalhada das *falhas* da Lei n.9.656 pode ser encontrada na cartilha “Planos de Saúde: nove anos após a Lei 9.656/96. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, 2007.

Suplementar no Brasil, no que se refere à características gerais, modalidade de operadoras, abrangência geográfica, faixa etária e cobertura assistencial, possibilitando maior aproximação do objeto estudado. Vale destacar que os dados ainda são precários pois grande parte das informações disponíveis é produzida pelas operadoras através de suas entidades representativas ou por firmas de consultorias contratadas pelas mesmas. Mesmo diante dessas limitações iremos nos apoiar nos dados da Agência Nacional de Saúde, publicados através do Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos³¹.

4.5 PANORAMA ATUAL DOS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE

O Brasil possui um número de 54.210.637 beneficiários de planos privados de saúde, sendo 41.892.990 planos de assistência médica com ou sem odontologia, e 12.317.647 planos exclusivamente odontológicos. Dos planos de assistência médica com ou sem odontologia, 73,7% são coletivos e 21,6% individuais, 77,2% são planos novos e 22,8% são planos antigos.

Tabela 3 - Características gerais dos planos de saúde – Brasil, Setembro/2009³²

Planos de saúde por cobertura assistencial	Plano Coletivo		Plano Individual		Não identificado		Planos Antigos	Planos Novos	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo			
Assistência médica com ou sem odontologia – Setembro/2009	30.882.989	73,7%	9.046.350	21,6%	1.963.651	4,7%	9.540.888	32.352.102	41.892.990
Exclusivamente odontológico – Setembro/2009	10.384.378	84,3%	1.756.858	14,3%	176.411	1,4%	903.477	11.414.170	12.317.647
Total beneficiários	41.267.367	76,1%	10.803.208	19,9%	2.140.062	3,9%	10.444.365	43.766.272	54.210.637

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos – 2009

³¹ Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

³² Apesar dos planos odontológicos não fazerem parte deste estudo, eles são aqui mencionados numa caracterização geral do plano de saúde.

Tabela 4 - Plano de assistência médica com ou sem odontologia, segundo a modalidade da operadora³³ - Brasil, 2000 – 2009:

	Autogestão	Cooperativa médica	Medicina de grupo	Seguradora	Total
Dez/00	5.256.051	7.804.737	11.919.732	4.603.257	29.583.777
Dez/01	5.199.533	8.178.619	12.081.539	4.586.932	30.046.623
Dez/02	5.211.274	8.262.735	12.238.334	4.340.602	30.052.945
Dez/03	5.032.756	8.877.376	12.057.254	4.453.993	30.421.379
Dez/04	5.179.965	9.723.434	13.019.124	4.284.736	32207259
Dez/05	5.144.578	10.729.224	13937603	4.056.168	33.867.573
Dez/06	5.166.353	11.836.185	14.629.419	3.983.281	35.615.238
Dez/07	5.174.441	12.910.418	14.967.815	4.282.361	37.335.035
Dez/08	5.202.415	13.960.921	15.517.274	4.861.586	39.542.196
Set/09	5.138.297	14.719.300	15.763.833	4.914.751	40.536.181

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos – 2009

A partir desta tabela é possível perceber que de 2000 a 2009, o número de planos e seguros subiu gradativamente a cada ano, embora possa ser verificado crescimento maior em alguns períodos, como de dezembro de 2005 para dezembro de 2006 e deste para 2007; em nenhum período houve retração. A modalidade de autogestão é a única que permanece praticamente inalterada ao longo dos anos e isto pode ser justificado pelo fato de ser gerido pela própria empresa e estas manterem um número estável de funcionários. Já as modalidades comerciais tiveram crescimento gradativo ao longo dos anos, sendo observada uma pequena redução na medicina de grupo entre os anos de 2002 e 2003, e uma queda no número de seguros de 2003 a 2006, sendo recuperado a partir de 2007.

³³ Destacamos que os números referem-se exclusivamente às quatro modalidades de planos selecionadas neste trabalho: autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras.

Tabela 5 – Planos de assistência médica com ou sem odontologia, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação – Setembro/2009

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Total
Região Norte	1.331.492
Rondônia	110.149
Acre	40.925
Amazonas	371.219
Roraima	24.325
Pará	658.808
Amapá	60.212
Tocantins	65.854
Região Nordeste	5.162.444
Maranhão	285.886
Piauí	173.044
Ceará	902.005
Rio Grande do Norte	452.277
Paraíba	315.310
Pernambuco	1.223.668
Alagoas	276.836
Sergipe	228.395
Bahia	1.305.023
Região Sudeste	27.593.327
Minas Gerais	4.297.089
Espírito Santo	978.223
Rio de Janeiro	5.353.895
São Paulo	16.964.120
Região Sul	5.813.182
Paraná	2.158.355
Santa Catarina	1.347.471
Rio Grande do Sul	2.306.356
Região Centro Oeste	1.992.401
Mato Grosso do Sul	345.457
Mato Grosso	299.712
Goiás	691.654
Distrito Federal	655.578
BRASIL	41.892.990

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos – 2009

Esta tabela demonstra a concentração dos planos de saúde na região Sudeste, sendo que nela se concentra mais da metade dos planos e seguros do país, sendo São Paulo o estado com o maior número de beneficiários. Esta disparidade regional também é percebida em termos de assistência pública de saúde.

Tabela 6 - Beneficiários de planos de saúde de assistência médica com ou sem odontologia, segundo faixas etárias e cobertura assistencial – Brasil, Setembro/2009

Faixas etárias	Ambulatorial	Hospitalar (1)	Hospitalar (1) e Ambulatorial	Referência	Não identificado	
0 a 9 anos	288.057	65.441	4.230.430	907.776	141.984	
10 a 19 anos	279.971	77.200	3.878.522	800.159	281.144	
20 a 29 anos	420.492	128.823	6.097.763	1.290.149	280.093	
30 a 39 anos	350.769	98.969	5.652.725	1.169.585	254.771	
40 a 49 anos	311.568	84.057	4.528.851	852.103	282.464	
50 a 59 anos	242.426	93.475	3.273.544	545.707	264.252	
60 a 69 anos	140.114	76.700	1.802.134	239.528	187.752	
70 a 79 anos	90.067	52.726	1.104.156	113.924	124.296	
80 anos e mais	42.745	34.826	575.911	50.066	70.410	
Total (2)	2.167.068	713.342	31.153.328	5.969.328	1.889.819	41.892.990

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos - 2009

1. Inclui planos hospitalares com ou sem obstetrícia.
2. Inclui beneficiários com idades inconsistentes.

Nesta tabela temos os planos de assistência médica segmentados por idade e cobertura. Com relação à idade, na população entre 40 a 49 estão os maiores consumidores de planos, seguidos da população de 10 a 19 anos e de 20 a 29 anos. Com relação à cobertura, são predominantes os planos que oferecem assistência hospitalar e ambulatorial somando 31.153.328 planos. Os Planos de Referência são os segundos, seguido dos planos de cobertura ambulatorial e por último os planos de cobertura exclusivamente hospitalar. Enfatiza-se o fato do Plano de Referência ser um plano obrigatório em todas as modalidades e ele caracteriza-se pelo mínimo que pode ser oferecido ao consumidor.

Ao elaborarmos uma breve caracterização dos planos e seguros privados, podemos perceber que longe de ser algo homogêneo, a saúde suplementar é caracterizada por segmentações internas. Apesar deste setor apresentar segmentações internas, o presente trabalho tem como foco compreender a estratificação envezando a universalização do SUS, ou seja, a dificuldade de universalização do sistema, com garantia de atendimento integral em todos os níveis, favorece o crescimento do mercado, e este crescimento, como vimos ao longo do trabalho, se deu em grande parte com o incentivo do Estado. Os dados que serão

apresentados, fazem parte de um levantamento realizado por Porto; Santos; Ugá (2006), com base nos microdados da Pnad/IBGE (1998 e 2003). O levantamento refere-se à utilização dos serviços de saúde sob a perspectiva de seu financiamento, ou seja, se pelo SUS, pelos planos e seguros de saúde ou pela compra direta de serviços. A partir dela podemos ter uma noção da abrangência do SUS, destacando-se que os dados referem-se aos serviços realizados e a fonte de financiamento, o que não reflete as necessidades reais da população.

Tabela 7 – Atendimentos realizados por tipo, segundo fonte de financiamento – Brasil, 1998-2003

Tipo de atendimento	Ano de referência	SUS	Planos ou seguros privados	Gasto privado direto	Total
Consulta médica	1998	7.142.824 58,6%	4.009.936 32,9%	1.034.509 8,5%	12.187.269
	2003	10.858.188 63,5%	5.052.715 29,6%	1.176.760 6,9%	17.087.663
Consulta outro profissional de saúde	1998	88.319 38,8%	95.109 41,7%	44.430 19,5%	227.858
	2003	192.060 47,5%	145.412 35,9%	67.033 16,65	404.505
Consulta farmácia	1998	11.376 12,3%	1.439 1,6%	79.692 86,1%	92.507
	2003	14.697 14,5%	2.182 2,2%	84.574 83,4%	101.453
Quimioterapia/Radioterapia/Hemoterapia ou Hemodiálise	2003	71.331 74,9%	18.506 19,4%	5.388 5,7%	95.225
Vacina/Injeção/Curativo/Pressão Arterial	1998	834.523 82,1%	127.751 12,6%	54.220 5,3%	1.016.494
	2003	837.548 87,4%	83.285 8,7%	37.685 3,9%	958.518
Cirurgia ambulatorial	1998	89.506 51,7%	70.215 40,6%	13.415 7,7%	173.136
	2003	114.143 58%	64.598 32,8%	18.035 9,2%	196.776
Gesso ou imobilização	1998	123.295 61,2%	69.053 34,2%	9.279 4,6%	201.627
	2003	138.033 59%	83.118 35,5%	12.991 5,5%	234.142
Internação hospitalar	1998	289.733 73,4%	75.064 19%	29.683 7,5%	394480
	2003	328.431 73,2%	99.593 22,2%	20.391 4,5%	448.415
Exames complementares	1998	593.882 51,5%	457.693 39,7%	102.171 8,9%	1.153.746
	2003	835.440 58,6%	477.574 33,5%	111.686 7,8%	1.424.700
Total	1998	9.714.197 56,1%	5.276.399 30,5%	2.330.212 13,5%	17.320.808
	2003	14.032 61,3%	6.384.218 27,9%	2.474.093 10,8	22.891.309

Fonte: Porto; Santos; Ugá (2006: 398).

Em todos os procedimentos há um aumento na quantidade de serviços realizados. Com relação às consultas médicas, em 2003, 63,5% foram financiados pelo SUS; 29,6% foram financiados por planos e seguros privados e apenas 6,9% foram adquirido por compra direta de serviços. Analisando os dados de 1998 e de 2003, há uma diminuição de consultas financiadas por planos e pagamento direto e um aumento de consultas financiadas pelo SUS.

Com relação às consultas com outros profissionais, enquanto em 1998 havia predomínio do financiamento por planos privados com 41,7% e o SUS com 38,8%, em 2003 a situação se inverte e o SUS passa a financiar 47,5% contra 35,9% dos planos privados.

Merecem destaque as consultas farmacêuticas. Como exposto no capítulo II, o Brasil sempre foi carente de uma política de assistência farmacêutica, e apesar de haver um pequeno aumento no financiamento realizado pelo SUS e pelos planos privados entre os anos de 1998 e 2003, mais de 80% do serviço permanece financiado pelo pagamento direto. É provável que na próxima PNAD seja observada uma mudança significativa deste contexto, devido ao Programa Farmácia Popular do Brasil criado no ano de 2004 para ampliar o acesso aos medicamentos essenciais.

Outros três tipos de atendimento que merecem atenção são os serviços de alta complexidade (quimioterapia, radioterapia, hemoterapia ou hemodiálise), internação hospitalar e exames complementares.

Pelos dados de 2003, os únicos disponíveis, o SUS é responsável por 74,9% do financiamento dos serviços de alta complexidade. Os planos e seguros arcam com 19,4% e o pagamento direto com 5,7%. A predominância do SUS no financiamento destes serviços corrobora a afirmação de que os planos de saúde muitas vezes se negam a *cobrir* determinados procedimentos.

No que tange às internações hospitalares, o percentual financiado pelo SUS permanece praticamente inalterado. Já a diminuição percentual do financiamento direto e aumento do financiamento de planos privados reafirma a suposição de que as classes mais altas ultimamente têm optado pela aderência de planos e seguros privados.

Com relação aos exames complementares, apesar dos equipamentos serem em sua maioria de propriedade privada, os dados acima revelam que em 2003 o SUS ampliou seu escopo de financiamento em relação a 1998, passando de 51,5% para 58,6%. Nesse aspecto o SUS demonstra ser ainda um grande comprador de serviços dos prestadores privados.

Tabela 8 - Internações realizadas por tipo, segundo financiamento – Brasil, 1998 – 2003

Tipos de internação	Ano	SUS	Plano ou seguro privado	Gasto privado direto	Total
Tratamento clínico	1998	3.948.865 72,3%	1.172.992 21,5%	337.401 6,2%	5.459.258
	2003	4.831.192 75,7%	1.283.003 20,1%	270.449 4,2%	6.384.644
Parto normal	1998	1.041.082 87%	121.241 10,1%	34.458 2,9%	1.196.781
	2003	988.510 90,5%	86.401 7,9%	17.870 1,6%	1.092.781
Parto cesáreo	1998	497.679 55,5%	286.467 32%	112.142 12,5%	896.288
	2003	480.791 56,5%	274.564 32,3%	95.977 11,3%	851.332
Cirurgia	1998	1.076.222 48,2%	929.078 41,6%	227.613 10,2%	2.232.913
	2003	1.610.367 53,7%	1.171.012 39%	218.885 7,3%	3.000.264
Psiquiatria	1998	132.491 80,6%	19.476 11,8%	12.432 7,6%	164.399
	2003	144.029 79,6%	26.932 14,9%	9.950 5,5%	180.911
Internação para realização de exames	1998	140.602 58,7%	74.967 31,3%	23.781 9,9%	239.350
	2003	217.957 65,6%	100.883 30,3%	13.578 4,1%	332.418
Total	1998	6.836.941	2.604.221	747.827	10.188.989
	2003	8.272.846	2.942.221	626.709	11.842.350

Fonte: Porto; Santos; Ugá (2006:904).

Com relação aos tipos de internação, houve um aumento percentual de financiamento do SUS em todos os tipos, exceto em internações psiquiátricas, e uma diminuição percentual do gasto direto com internações em todos os tipos. A diminuição do financiamento do SUS de internações psiquiátricas pode ser reflexo da Lei n.9.656, que instituiu a proibição de coberturas deste setor. Já a diminuição percentual dos gastos diretos com internações pode ser atribuída ao crescimento do mercado de planos e seguros privados que passaram a ser mais procurados pela população de renda mais alta.

Tabela 9 – Atendimentos por decil de renda, segundo sistema de financiamento – Brasil, 1988-2003

Decil de renda familiar sem agregado	SUS		Planos ou seguros privados		Gasto privado direto		Total	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003
1	1.052.140 90,4%	1.727.029 92,6%	50.089 4,3%	68.506 3,7%	61.262 5,3%	68.830 3,7%	1.163.491	1.864.365
2	1.464.515 88,7%	2.111.960 90,0%	89.043 5,4%	90.644 3,9%	97.828 5,9%	121.937 5,2%	1.651.386	2.324.541
3	1.388.953 83,4%	1.731.905 85,9%	130.761 7,8%	144.494 7,2%	146.624 8,8%	140.401 7%	1.666.338	2.016.800
4	1.176.661 78,1%	1.846.136 82,2%	169.560 11,3%	210.448 9,4%	159.895 10,6%	188.750 8,4%	1.506.116	2.245.334
5	1.100.923 72,1%	1.631.015 77%	248.542 16,3%	300.267 14,2%	177.427 11,6%	187.644 8,9%	1.526.892	2.118.926
6	1.053.264 62,3%	1.499.321 68%	433.038 25,6%	474.533 21,5%	203.237 12%	230.986 10,5%	1.689.539	2.204.822
7	937.567 54,2%	1.305.289 58,7%	571.670 33%	638.889 28,7%	220.660 12,8%	278.602 12,5%	1.729.897	2.222.780
8	718.784 41,5%	1.093.534 47,6%	735.148 42,5%	879.331 38,2%	276.587 16%	326.570 14,2%	1.730.519	2.299.435
9	490.576 26%	730.616 29,3%	1.042.500 55,3%	1.367.139 54,8%	350.531 18,6%	396.293 15,9%	1.883.607	2.494.048
10	211.708 8,8%	319.348 11,1%	1.623.132 67,4%	2.050.557 71,1%	572.054 23,8%	514.311 17,8%	2.406.894	2.884.216

Fonte: Porto; Santos; Ugá (2006:907).

O setor de financiamento segundo o decil de renda demonstra que tanto em 1998 quanto em 2003, até o 8º decil, o SUS é o responsável pelo financiamento de mais de 40% dos serviços realizados. Já o 9º decil tem cerca de 50% dos atendimentos cobertos pelos planos e seguros privados de saúde e no 10º decil, em 2003, 71,1% possuíam cobertura de planos. Com relação ao gasto privado direto, o percentual do gasto é inversamente proporcional ao decil de renda. Aqui também é percebido que em todos os decis de renda há diminuição do gasto privado direto.

4.6 ESTRATIFICAÇÃO X DESMERCANTILIZAÇÃO: O SISTEMA HÍBRIDO BRASILEIRO

Para Esping-Andersen, todo universalismo de procedimentos gera estratificação, pois o nivelamento dos serviços faz com que os indivíduos de maior poder aquisitivo procurem no mercado uma forma de acrescentarem serviços diferenciados. No caso da política de saúde brasileira, a universalização do SUS modificou os moldes dessa estratificação.

A *cidadania regulada*, caracterizada pelo atrelamento da condição de cidadão à inserção no mercado formal de trabalho vai sofrendo modificações, intensificadas a partir dos anos 70 que culminarão com o acesso universal aos serviços de saúde com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Através dos convênios Previdência – empresa, os serviços privados de saúde começam a adquirir autonomia em relação ao setor público e promover uma estratificação social agora não mais caracterizada pela inserção no mercado formal de trabalho, mas pela posição sócio-ocupacional, ou seja, trabalhadores especializados passam a ter acesso a serviços diferenciados, fomentados pela postura do Estado e favorecendo a expansão de planos e seguros privados.

Por outro lado, não podemos desconsiderar os avanços rumo à universalização do sistema público. No final dos anos 70 e nos anos 80, vários são os planos e medidas tomadas no sentido de universalização do sistema público, como ficou evidenciado no segundo capítulo.

É indiscutível, como exposto nos dados acima, o crescimento da responsabilização do setor público pela saúde dos cidadãos brasileiros, porém é inquestionável o crescimento do mercado de planos e seguros privados. Os planos coletivos, em sua maioria oferecidos pelas empresas empregadoras, são uma alternativa ao SUS e, os planos individuais acabam sendo uma alternativa para aqueles que podem pagá-los. Essa opção pelos planos e seguros privados acabam sendo uma possibilidade de “fuga” do sistema público, reforçando a concepção de que o SUS é um sistema “pobre voltado para o pobre”. Assim, a estratificação social das clientelas seria injusta pois as necessidades em saúde são determinadas por especialistas, justificadas em critérios diagnósticos e terapêuticos universais e não pela possibilidade de compra.

Desmercantilização para Esping-Andersen, significa independência total do mercado.

Para o autor, o capitalismo mercadorizou as pessoas e as coisas; desta forma o inverso seria a possibilidade de realização plena do indivíduo sem que este dependesse para isso do mercado. Para desenvolver este tema utilizaremos a abordagem substantivista ou histórica da economia política da saúde. Essa linha de pensamento parte do pressuposto de que a saúde é um bem/serviço diferente dos demais, pois saúde significa responsabilidade pela reprodução da espécie humana e pela própria existência do homem.

Partindo dessa interpretação Elias *et al.* (2007:11), utiliza-se de Karl Polanyi para definir a saúde com uma mercadoria fictícia como o trabalho, a terra e o dinheiro, pois não foram criadas para e pelo mercado, nem foram produzidas para a venda no mercado. Segundo o autor, somente depois de um longo processo histórico é que foram organizados os mercados específicos do trabalho, do dinheiro, da terra e somado a estes, o mercado da saúde. Para Polanyi falta às mercadorias fictícias um atributo essencial a toda mercadoria – ser produzida para a troca.

Segundo Elias *et al.* (2007:12) o fenômeno mais marcante da saúde nos últimos 60 anos se deu em três dimensões: desmercantilização do acesso à saúde (saúde como direito, assumindo o Estado a responsabilidade pelo risco social do indivíduo adoecer); mercantilização da oferta (inicia-se com o assalariamento dos médicos, passando pela conformação de empresas médicas até a formação de operadoras de planos e seguros privados de saúde) e a constituição de um campo próprio de acumulação de capital em saúde (complexo industrial em saúde dependente da inovação tecnológica e do avanço científico no campo biomédico). Destas três dimensões, as duas primeiras são de interesse do presente trabalho.

A desmercantilização do acesso traduz-se na concepção de direito à saúde. Esse processo inicia-se no século XX com a formação dos seguros ocupacionais e nacionais na Europa, aprimorados após a Segunda Guerra com a formação dos grandes sistemas nacionais de saúde³⁴. No caso brasileiro, o *status* da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado só foi alcançado com a Constituição Federal de 1988. Os números relativos ao sistema de financiamento dos serviços de saúde de acordo com a PNAD 1998-2003, expostos anteriormente, são uma clara demonstração da extensão da cobertura proporcionada pelo Sistema Único de Saúde. De acordo com os dados, o SUS é o maior financiador de serviços de saúde, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares. Isso vai de encontro à concepção de que os cidadãos que dependem exclusivamente do sistema público estão fadados a *morrerem na fila*.

³⁴ Os sistemas de proteção social foram vastamente desenvolvidos no primeiro capítulo do trabalho.

O processo de mercantilização da oferta que se inicia com o assalariamento dos médicos, passando pela conformação de empresas médicas até a formação de operadoras de planos e seguros privados de saúde sempre foi paralelo às ações de saúde pública. Como demonstra a trajetória do caso brasileiro, nosso processo de mercantilização foi acalentado pelo Estado. Esse processo brasileiro foi bem desenvolvido no segundo capítulo, sendo que no terceiro exploramos o surgimento e expansão dos planos e seguros privados. Logo podemos deduzir que, no caso brasileiro, o processo de desmercantilização do acesso e de mercantilização da oferta sempre atuaram de maneira independente.

5. CONCLUSÃO

Ao contrário do senso comum que diz a todo momento que o SUS é um sistema falido, os dados utilizados neste trabalho demonstram que o *SUS é o maior plano de saúde da população brasileira*, pois é o maior financiador de serviços de saúde.

Porém essa extensa cobertura não impediu, nem impede, o crescimento contínuo do mercado de planos de saúde. Como demonstrado, o crescimento deste mercado se deve principalmente à contratação de planos coletivos, realizados em sua maioria, através dos convênios diretos das operadoras com empresas empregadoras ou sindicatos.

A opção anterior de extensão da cobertura dos serviços de saúde através da compra de serviços no mercado se configurou como uma marca do *mix* público-privado brasileiro. A ausência de uma política pública de saúde de cunho universalista até a Constituição de 1988 favoreceu o estabelecimento de formas desiguais de acesso aos serviços.

Menicucci conclui através da análise da trajetória da política de saúde brasileira que o sistema brasileiro é dual, e ao afirmar esta dualidade do ponto de vista analítico, ela considera que no caso brasileiro o *mix* público/privado é configurado sem regras claras e precisas que definam os espaços respectivos de atuação do Estado e do mercado.

A assistência à saúde no Brasil possui, dessa forma, dupla institucionalidade sem existência de vínculos formal entre elas, pois apesar de estarem submetidas ao controle governamental, ele atua de duas formas distintas. De um lado, está o Ministério da Saúde, responsável pelo setor público estatal no qual o acesso é universal, integral, igualitário e gratuito. De outro, está a Agência Nacional de Saúde Suplementar, reguladora do setor privado, caracterizado por um mercado competitivo e diversificado. A atuação governamental em lógicas distintas, reforçando a segmentação do setor, sugere a inexistência da intenção governamental de fazer valer os preceitos constitucionais.

Compreendendo as políticas prévias com base na dependência de trajetória, as decisões são limitadas pelas escolhas do passado, ou seja, as decisões anteriores relativas às políticas de saúde afetaram as escolhas posteriores e os diferentes efeitos condicionaram a política atual. Procuramos cumprir este objetivo destacando alguns momentos cruciais do processo brasileiro.

A constituição da política de saúde a partir dos anos 30, é caracterizada pela distinção entre a medicina previdenciária e a saúde pública. Enquanto a saúde pública estava voltada para as ações de controle epidemiológico e promoção de saneamento básico, a medicina previdenciária, de cunho individual e assistencialista, centrada no atendimento hospitalar, vai garantir assistência médica aos indivíduos inseridos no mercado formal de trabalho, fragmentados pelas categorias profissionais. O desenvolvimento da medicina previdenciária levou a constituição, nos anos 60, do que ficou conhecido como complexo previdenciário, e é através do subsistema conveniado que os planos privados de saúde vão garantir sua expansão por meio dos convênios tripartites entre empresa empregadora/INPS/empresa médica.

A unificação dos IAPs, com a criação INPS, constituiu um esforço no sentido de universalização da assistência médica. No entanto, esta unificação com vistas à universalização foi realizada *nivelando os serviços por baixo*, provocando nas categorias profissionais mais abastadas o sentimento de prejuízo, devido a queda na qualidade dos serviços, além de ter atrelado o sistema a uma lógica privatizante, pois a expansão do serviço foi feita por meio da compra de serviços privados, em detrimento de investimento no setor público. Esta baixa qualidade dos serviços proporcionados pelo INPS irá favorecer, através de incentivos governamentais, a expansão dos convênios tripartites, sendo que mais tarde estes serão substituídos por convênios diretos entre as operadoras de planos e seguros de saúde e as empresas empregadoras. A relação direta entre as empresas modificou o sentido da estratificação, pois agora não era a estrutura corporativa do mercado de trabalho que determinava o acesso aos serviços, mas a qualidade e a quantidade dos serviços estavam condicionados ao status sócio-ocupacional individual do trabalhador, sendo possível complementar os serviços de acordo com a disponibilidade de compra do beneficiário.

Corroboramos com Menicucci (2007) a tese de que a opção governamental pela compra de serviços privados de saúde favoreceu a expansão deste mercado através da política previdenciária. Seja por meio de alocação direta de recursos ou por meio de incentivos fiscais, a política previdenciária favoreceu o desenvolvimento de diversos segmentos empresariais e o surgimento de instituições produtoras de serviços privados de saúde - autogestão, medicina de grupo e cooperativas médicas. Nos anos 80 essas empresas, agora incentivadas por incentivos fiscais à pessoas físicas, expandiram seu mercado por meio de planos de saúde contratados diretamente pelos usuários.

Em decorrência dos efeitos de políticas anteriores, a política de saúde modelou identidades que contribuiram para a estruturação de interesses privados que lhe permitiram disputar alternativas políticas com padrões de comportamento difíceis de serem mudados.

Este tema foi tratado quando nos referimos ao papel dos médicos, inclusive por meio de entidades de interesse, e da indústria farmacêutica, destacando seu desempenho ao longo da delineação trajetória brasileira. Os efeitos das políticas anteriores também incidiram sobre o comportamento dos beneficiados pelo sistema público, pois como dito anteriormente, a estratificação decorrente da segmentação da clientela, não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva capaz de articular uma demanda universalista, ao contrário, favoreceu a constituição de identidades corporativas.

Esta configuração vai refletir na capacidade governamental de implementação da reforma definida na Constituição de 88. Sendo esta mudança fruto de mudanças mais amplas na forma de relação entre Estado e sociedade, possibilitada pela da democratização da sociedade, o legado anterior vai permitir que a inovação conviva com a continuidade. Segundo Menicucci (2007), a dupla trajetória da política se institucionalizou não somente por meio de dispositivos institucionais, mas também ao não regular o setor privado e definir seu espaço de atuação. Apesar da Lei n.9.656/98 e da ANS terem sido criadas no intuito de regular e regulamentar o mercado da saúde, a atuação de ambas é bastante limitada não impondo inclusive nenhum controle ou constrangimento ao mercado do setor saúde.

Embora não possamos negar os impactos da reforma do Estado nos anos 90 e a difusão da ideologia do Estado mínimo, a opção pela iniciativa privada em detrimento do público sempre foi uma opção política brasileira, como explica a nossa trajetória. Isso nega a perspectiva de que a solução aparentemente eficaz para acomodar as tensões na universalização do sistema seja encarada como uma etapa de um processo de amadurecimento que evoluirá para a conformação de um sistema de fato único, e a perspectiva pessimista que vê o SUS como demonstração cabal da ineficiência do público e imprescindibilidade do mercado.

Como exposto no trabalho, o fato do SUS ser o maior financiador dos serviços de saúde no Brasil, não impede o crescimento contínuo do número de planos e seguros privados de saúde, confirmando o caráter dual da assistência, pois como demonstra a tabela 7, ambos os segmentos têm realizado um número maior de procedimentos. Portanto, a desmercantilização da assistência no caso brasileiro possui apenas um caráter jurídico-legal, pois o status de *direito à saúde* não garantiu uma opção pelo setor público em detrimento do setor privado.

A criação do SUS, neste sentido, também não modificou a forma de estratificação do acesso aos serviços de saúde. De acordo com os dados, à medida que aumenta o decil de renda da população, maior é o financiamento dos serviços de saúde por planos e seguros

privados e menor é o financiamento pelo SUS. Merece destaque o fato de que devido o baixo impacto da regulação do setor saúde, muitos planos e seguros se negam a realizar procedimentos de alta complexidade que acabam sendo realizados pelos SUS, favorecendo a *dupla porta de entrada*. Enfim, o que determina a contratação de serviços privados de saúde não são as necessidades de cuidados, mas a possibilidade de compra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, Marta. A Política da Política de Saúde. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Org.). *Saúde e Democracia no Brasil: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 285-306, 2005.

_____. Emergência e desenvolvimento do *Welfare State*: teorias explicativas. *BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v. 39, p. 3-40, 1º sem. 1995.

BAHIA, Lígia. O mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, Jarbas; GIOVANNI, Geraldo (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, Ed. Unicamp, 2001.

_____; SCHEFFER, Mario. Planos e seguros privados de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 507-546, 2008.

BERMUDEZ, Jorge. *Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade*. São Paulo: Hucitec, 1995.

BOBBIO, Norberto. *Dicionário de Política*. Brasília. Brasília: Ed. UNB, 1983.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Ano 1, Rio de Janeiro: ANS, dez, 2009

CARVALHO. José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

DRAIBE, Sônia. O Welfare State no Brasil: Características e Perspectivas. *ANPOCS-Ciências Sociais Hoje*. São Paulo: Vértice, 1989.

_____. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas e programas. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.11, n.4, p. 13-61, 1997.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 333-384, 2008.

_____. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 333-384, 2008.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do *Welfare State*. *Lua Nova*, n. 24, setembro, p. 85-117, 1991.

_____. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. *Lua Nova*, n. 35, p. 73-111, 1995.

FARIA, Carlos Aurélio de Pimenta. Uma genealogia das teorias e modelos do Estado de Bem-Estar Social. *BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, n.46, p. 38-72, 2º sem., 1998.

FLEURY, Sônia. *O Estado sem cidadãos – Seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.

_____ ; MAFORT, Assis Ouverney. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 23-64, 2008.

HICKS, Alexander; ESPING-ANDERSEN, Gosta. Comparative and historical studies of public policy and the Welfare State. In: *The Handbook of Political Sociology*. Edited by JANOSKI, Thomas *et al.* (Org.). Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

IMMERGUT, Ellen. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *RBCS - Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, ano 11, n.30, p. 139-165, 1996.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Org.). *Saúde e Democracia no Brasil: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 27-58, 2005.

LUZ, Madel. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MEDEIROS, Marcelo. *A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990*. Brasília, 2001 (Pub.Seriada: Texto para Discussão IPEA 852).

MENICUCCI, Telma. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

NUNES, Edson. *A gramática política no Brasil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2003.

PORTO, Sílvia Marta; SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alícia Dominguez. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, n.4, p.895-910, 2006.

RIBEIRO, Maria Alice. Saúde pública e as empresas químico-farmacêuticas. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VII(3): 607-626, nov. 2000-fev. 2001

SANTOS, Lenir. Comentário ao anteprojeto de lei que institui o Plano Básico de Assistência Médica, elaborado pelas entidades privadas. *Saúde em Debate*, n.39, p. 21-25, junho, 1993.

SANTOS, Wanderley Guilherme. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Rocco, 1979.

_____ . *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

SÃO PAULO. Instituto de Defesa do Consumidor. O SUS pode ser seu melhor plano de saúde. 3.ed.

São Paulo: IDEC, 2006.

SÃO PAULO. Instituto de Defesa do Consumidor. Seu plano de saúde: conheça os abusos e armadilhas. São Paulo: IDEC, 2007.

SWAAN, Abram. *In Care of the State*. Cambridge: Polity Press, 1988.

VIANA, Ana Luíza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico; ELIAS, Paulo Eduardo. Economia política da saúde: introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 7-20, janeiro, 2007.

VIANNA, Maria Lúcia Werneck. *A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed Revan, 1998.